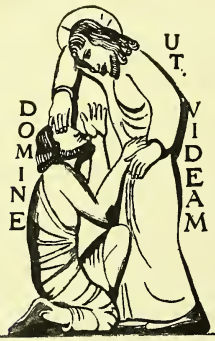
No. 632/D

ROYAL LONDON OPHTHALMIC HOSPITAL

31

10



THE INSTITUTE OF OPHTHALMOLOGY
LONDON

EX LIBRIS

ROYAL LONDON
OPHTHALMIC
HOSPITAL

2604864887

OPHTHALMOLOGY MCGILL QUABAI (2)

E 31
23

ANNOTAZIONI PRATICHE

SULLE

MALATTIE DECLI OCCHI.

ANNOTAZIONI PRATICHE

SULLE

MALATTIE DECLI OCCHI

RACCOLTE E ORDINATE

DA

GIOVAMBATISTA QUADRI

NELLA REALE SCUOLA CLINICA

DI NAPOLI.

LIBRO TERZO,

IN CUI SI DA' CONTO DE' LAVORI DI CLINICA DELL' ANNO SCOLASTICO 1817 E SI ESPONE LA ECRAXIOLOGIA.

IN NAPOLI,

DA' TORCHI DEL TRAMATER.

MDCCCXXVII.

Digitized by the Internet Archive
in 2014

https://archive.org/details/b21284313_1

PROSPETTO

In cui si dà conto de' lavori di Clinica dal giorno 5 Novembre 1817 fino al dì 4 Novembre 1818.

ANNOTAZIONE I.

§. 1. *Intorno alle lezioni spiegate nel corso dell' anno scolastico suddetto.*

PARTE TEORETICA

TRATTATO I.

Venne esposta la storia dell' arte come nell' anno precedente in lezioni n.° 7.

TRATTATO II.

Come nell' anno antecedente.

TRATTATO III.

Idem.

PARTE PRATICA

TRATTATO I.

Idem.

TRATTATO II.

Idem.

TRATTATO III.

Idem.

TRATTATO IV.

Idem.

TRATTATO V.

Perchè si dia l'indice del Trattato VI.

§. 2. Vennero esposte le medesime dottrine date negli anni precedenti, talchè l'indice pubblicato nel II. libro fino alla pagina 12 può servire di norma, e solamente il trattato, che siegue venne spiegato con maggiore estensione, come stà registrato qui sotto

TRATTATO VI.

Lezione XCV. Sulla definizione della cateratta, facilità con cui si può formare, e varietà della sua tessitura.

Lezione XCVI. Delle *cateratte senili*, di quelle prodotte *da paralisi* dell' occhio, e delle *accidentali*.

Lezione XCVII. Utilità dell' esposta classificazione per regolare la prognosi, e forme che presenta la cateratta sotto l'operazione.

Lezione XCVIII. Modificazione de' quattro precetti generali per ciò che riguarda la pratica dell' estrazione.

Lezione XCIX. Problema I. che riguarda la pratica dell' *estrazione anteriore*: dilucidazioni delle regole, e de' due teoremi, sui quali è fondato l' esercizio del metodo.

Lezione C. Cure consecutive ne' casi semplici, e altre da praticarsi ne' casi d' iritide, di ernia, e di complicazione col flusso palpebrale.

Lezione CI. Problema II. intorno alla cura della cateratta secondaria.

Lezione CII. In che consistano le difficoltà principali, che s' incontrano nella pratica dell'estrazione anteriore o per causa della forma dell' occhio, o per la qualità della cateratta, o per altre ragioni.

Lezione CIII. Pruove, che dimostrano la probabilità del successo nell' estrazione anteriore.

Lezione CIV. I due punti più difficili sono stati superati l' uno da Dawiel, l' altro da Wenzel: forse conviene imitarli.

Lezione CV. Intorno al metodo dell'*estrazione anteriore superiore.*

Lezione CVI. Del metodo di *estrazione laterale* Problema III. sua descrizione, utilità, e storia.

Lezione CVII. Intorno a' tre metodi di *depressione laterale* e loro vantaggi respettivi.

Lezione CVIII. Tre metodi di *depressione anteriore* chiamata ceratonisi, difetti comuni a tutte le depressioni, e proprii di questa.

Lezione CIX. Intorno alla scelta del metodo, e preferenza da darsi all'*estrazione anteriore.*

Lezione CX. *Estrazione anteriore complicata con ectomia* da usarsi ne' casi di cateratta complicata, o colla sinizesi, o colla ceratoscotesi.

Lezione CXI. Intorno alle alterazioni, che si osservano nell'umore acqueo e nel vitreo.

TRATTATO VII.

Lezione CXII. Forma della malattia conosciuta sotto nome di amaurosi.

Lezione CXIII. Varj fenomeni che accompagnano questo vizio de' nervi, e cause che si possono riconoscere.

Lezione CXIV. Esame de' varj mezzi curativi tentati, e loro applicazione.

ANNOTAZIONE II.

Degli studiosi dedicati all' Oftalmiatria nell'anno 1817 e 1818.

			in età di anni.
1.	Giovanni Costa	di Vizzini	23.
2.	Emmanuele Bonifaeio	di Cattolica	26.
3.	Giovanni Grillo	di Bagnoli	21.
4.	Placido Portal	di Bianeavilla	23.
5.	Franceseo Mantegna	di Castro-giovanni	22.
6.	Giuseppe Rupisardi	di Masealuceia	21.
7.	Roeco Maglietta	di Stigliano	22.
8.	Salvatore Siringo	di Siraeusa	21.
9.	Pietro Rampolla	di Sicilia	26.
10.	Gaetano Caramazza	di Carnicoli	23.
11.	Giovanni Ferlizzi	di Casteltermine	24.
12.	Girolamo Spartera	di Taranto	23.
13.	Giuseppe Cleopazzi	di Lecee	25.
14.	Giacomo Greeo	idem	30.
15.	Antonio Brancaleone	di Partenico	21.
16.	Mariano Torregrossa	di Castrogiovanni	22.
17.	Francesco d'Ambrogio	di Palmi	20.
18.	Pietro Rizzuti	di Petrona	32.
19.	Flaminio Longo	di Rioniero	22.
20.	Luca Pignataro	di Monteleone	28.
21.	Saverino Giordano	di Gioja Pr.ª di Bari	23.
22.	Giuseppe Giorgio	di Delia	25.
23.	Giuseppe Mancini	di Casacalenda	20.
24.	Cataldo Sebastio	di Taranto	22.
25.	Domenico Santaeroce	di Andria	22.
26.	Francesco de Lisio	di Petrella assistente di eliniea	25.
27.	Ferdinando La torre	di Sieilia	29.
28.	Biagio Crescimone	idem	22.
29.	Giovanni Gianelli	di Padula	24.

30. . Giacinto Rossi . . . . . di Compobasso . . . . . 25.
31. . Francesco Campo. . . . di Sicilia . . . . . 30.
32. . Pasquale Pacino . . . . idem . . . . . 20.
33. . Vincenzo Riciferi. . . . idem . . . . . 26.
34. . Gennaro Desiderio . . . di Napoli. . . . . 26.
35. . Giuseppe Ciello . . . . di Tiano . . . . . 21.
36. . Antonio Galgano . . . . di Montepeloso . . . . . 20.
37. . Gaetano Torno. . . . . di Paludi. . . . . 26.
38. . Rafaele d' Onofrio . . . di Montefalcone . . . . . 28.
39. . Cesare Palmieri . . . . di Faicchio. . . . . 25.
40. . Felice Ferrajuolo . . . . di Pozzuoli . . . . . 25.
41. . Andrea Rosetti . . . . . di Senisa. . . . . 23.
42. . Vincenzo M.ª Razzano . di Darazzano. . . . . 23.
43. . Raffaele de Cesare . . . di Santangelo a Piedimonte . 20.
44. . Francesco de Tommasi. di Spinete Assistente di clinica 23.

De' giovani più distinti nella scuola clinica.

§. 1. Fra i 44 studiosi registrati qui sopra, si distinsero i signori, de Tommasi, Portal, Sebastio, de Lisio, Crescimone, e Pacino, i quali con somma diligenza hanno assistito alle lezioni, a tutti gli esercizj, ed hanno eseguito molte operazioni tanto sul cadavere, come sul vivente.

ANNOTAZIONE III.

Intorno alle 87 operazioni chirurgiche praticate in clinica nel corso di detto anno.

87. individui de' quali 3. senza utilità.

§. 1. Dall' esame analitico de' prospetti raccolti in quest' anno risulta, che le operazioni oftalmologiche sono state praticate sopra 87. individui de' quali 69. ottennero il più felice sucesso, 15 notabile utilità, e solamente 3: restarono senza verun profitto, perchè due ebbero a soffrire la suppurazione di un' occhio, e quindi atrofia, ed un terzo per nome Adamo Aitel restò senza profitto per causa di cateratta secondaria, la quale probabilmente sarebbesi potuta evitare, se non fosse stato tentato l' esperimento della reclinazione anteriore, che venne seguita da cateratta secondaria casulare.

Tre casi difficili con poca utilità.

§. 2. I casi più difficili di atresia, in cui per altro l'ectomia ottenne un sucesso buono furono quelli di Lucia de Santo, Graziano de-Martino e Tommaso Mandicella, in questi tre casi superando molte difficoltà si ottenne di ripristinare debol grado di vista, perchè lo spazio sano della cornea era picciolo.

Due soli casi di paralisi osservati in quest'anno.

§. 3. È anche degno di osservazione, che de'31 individui portati ne' prospetti n.° 10, ed 11 non vi sieno stati, che due casi di debolezza nervosa già sospettata prima dell' operazione, ne' quali si ottenne poco vantaggio. Ho notato, che ne' primi anni della mia pratica i casi di ambliopia nervosa vennero osservati alla alla ragione di 18: per 100, e molte volte senza poterli prevvedere; in questi due casi l'operazione fu praticata, perchè non potei determinare se vi fosse ambliopia, o semi-ambliopia, e nella jengo riuscì di notabile utilità, perchè vi era semi-ambliopia.

Non vi furono tristi eventi; e la suppurazione si osservò in due soli occhi.

§. 4. Nè l'improvviso vuotamento, nè l' emorragia, nè l' iritide grave, nè la perdita del cristallino mai si notarono, quantunque fossero al numero di 43 gli occhi, ne' quali o venne praticata la coropeja, o l' operazione della cateratta, e due soli casi vennero seguitati dalla perdita dell' occhio per una suppurazione sviluppa-

tasi lentamente siccome ho detto, e le particolari cagioni spiegherò meglio altrove.

§. 5 Dal paragrafo antecedente adunque si raccoglie, che non abbiamo incontrato veruno de' tristi effetti temuti dai nostri maestri, i quali pur troppo sul cominciare della mia pratica si presentavano, e mi toglievano il buon successo sperato, almeno nella quinta parte de' casi. Aggiungo anzi che i più tristi avvenimenti, come l' emorragia in caso di estrazione, e la perdita del cristallino in caso di cetomia, non si notarono mai in questo triennio di cui ho dato conto, eppure gli occhi sottoposti alle indicate operazioni furono in numero di 165, se vogliasi considerare tutto il triennio.

In questo triennio non si osservò nè emorragia, nè perdita del cristallino.

§. 6. Circa all' età delle persone curate in questo anno, sebbene si notassero alcuni casi di atresia in cui l' uomo oltrepassava i 40 anni, e viceversa cinque casi di cateratta in persone, che erano al disotto de' 50, pur non di meno risulta, che 18 individui affetti d' atresia formavano un cumulo di anni 552 e soli 13 affetti da cateratta giugnevano a 672 anni sommando la loro età; resta dunque confermato quel tanto che ho detto nel Lib. I pag. 213 che la cateratta più comunemente attacca gli uomini di età avanzata, e l' atresia i giovani, e che l' età non farà mai una controindicazione per un buon oculista.

Erano in generale più avanzati di età gli uomini affetti da cateratta e più giovani quelli affetti da atresia.

§. 7. Si vedrà in oltre che le dette operazioni vennero praticate in tutti i mesi dell' anno con successo buono, e da ciò resta provato quel tanto, che ho detto nel lib. I. pag. 187, riguardo alla poca influenza delle stagioni, la quale dagli antichi maestri era stata molto valutata per qualunque operazione chirurgica. Vedi lib. I. p. 210.

Pruove che le stagioni non hanno influenza dannosa.

In fine sarà facile persuadersi, che siccome nessun individuo di quanti se ne presentarono affetti, o da cateratta, o da atresia è mai stato rifiutato, ve ne doveano essere non solo di tutte le età, e di tutti i temperamenti; ma altresì affetti da contagi, e discrasie sfavorevoli, nè per questo ebbero tristi successi le operazioni, se vogliasi eccettuare il caso di Javarone, il quale per altro quantunque scorbutico, e sifilitico avea ottenuto felice guarigione nell'occhio sinistro due anni addietro, siccome in questo medesimo anno il Percacciulo storpio per artritide, e sifilide, e scorbutico ricuperò la vista felicemente, e così la Bottiglieri ol-

Casi in cui la sifilide, e le discrasie le più sfavorevoli non hanno sviluppato dannosa influenza.

tremodo gracile, e scorbutica, e finalmente i sifilitici Gabriele Lancia, Giuseppe Peretti, e Nicola d' Alessio tutti furono guariti felicemente.

Utilità dell' operazione tanto in caso di un occhio sano, come ne' casi di operazione praticata ad un tempo in ambedue gli occhi.

§. 8. Abbiamo posto attenzione a coloro, che avendo un sol' occhio perduto vennero sottoposti all' operazione, e tutti si chiamarono ben contenti di aver ricuperata la vista, nè si dolsero della forza visiva ineguale; e ne' tredici casi ne' quali ambedue gli occhi vennero sottoposti all' operazione abbiamo avuto anche motivo di essere ben contenti de' risultamenti ottenuti.

Conferma trovata per le regole addottate in clinica.

§ 9. In generale adunque diremo di aver trovate assai giuste le regole stabilite ne' due volumi precedenti, ma ora per dar maggiore soddisfazione a' miei lettori esporrò partitamente le varie classi di operazioni praticate in questi casi.

Intorno al prospetto n.° I.° degli Individui 21 sottoposti all' operazione per causa della trichiasi cigliare.

Trichiasi curata utilmente coll'acido; e suo rinnovamento osservato coll' andar del tempo.

§. 1. Si nota, che diciotto sono guariti e tre hanno ottenuto notabile miglioramento dall' applicazione dell' acido; ho fatto considerare agli studenti che due individui erano stati curati qualche anno prima, e la trichiasi erasi rinnovata per l' età, come si spiega nel libro II. pag. 18 §. 13: essi furono Lorenzo Javarone, e Biagio Parrillo. Vedi il Prospetto n.° 1.

Tigna palpebrale sempre guarita.

§. 2. Il prospetto n.° 2 indica gl' individui curati per la tigna palpebrale, che furono 10 tutti guariti.

Due casi di Fistola lagrimale.

§. 3. Il prospetto n.° 3 riguarda due individui sottoposti all' operazione, onde curare la fistola lagrimale. Rosa Restano si è perfettamente ristabilita, la fistola trovavasi in questo caso in quello stato, che dal professore Beer venne chiamato idrope del sacco, e sull' osso unguis presentavasi un tumore grosso come un' avellana, il condotto nasale era così dilatato che vi si poteva introdurre la punta di un dito al luogo dove il sacco stava collocato, tutto il sacco si è trovato ripieno di materia mucosa, e glutinosa, simile all' albume dell' uovo, in questo caso, dopo l' apertura del sacco la pietra infernale venne applicata a grandi dosi, ed in un giorno ne ho introdotto un pezzo del peso di due dramme,

che tutto si disciolse, e passò entro le narici, e nella gola dell' inferma senza verun danno. Questo sperimento servirà a rassicurare coloro, i quali temessero gravi danni per la salute dell' infermo dall' introduzione di due, o tre acini della pietra infernale nel sacco lagrimale. Maria Angela Esposito non ha continuato a presentarsi, perchè la cura suol riuscire nojosa e penosa in tutti i casi di fistola, e questa non ebbe la necessaria insistenza e pazienza onde guarire.

Singolare tumor Cistico osservato nel contorno delle palpebre.

§. 4. Vi fu un solo individuo sottoposto all' operazione per curare un tumore cistico nel contorno dell' orbita. Egli restò guarito perfettamente; questo tumore essendo vicino al nervo sopra-orbitale ho dubitato, che l' estirpazione riuscir potesse di qualche pericolo per detto nervo, e per la vista e nel primo tentativo fui contento di aprirlo, e vuotarlo, perchè ripieno di sostanza molle, simile al miele nell' aspetto; ma dopo averla evacuata per ben due volte vedendo, che si era riprodotta cercai di scoprire la cistide, e presala coll' ago, e col doppio filo ne tolsi via tutta la parte anteriore lasciando a suo posto la parte, ch' era addossata all' arco sopracigliare, perchè scorgevasi molto aderente al periostio sopra-orbitale, e questa operazione bastò a guarire l' infermo.

Cinque casi di pterigio uno de' quali complicato con ettropio.

§. 5. Il prospetto n.° 5 riguarda sei individui sottoposti all' estirpazione dello pterigio, in tutti la guarigione si ottenne con felicità, ed in un caso lo rendeva complicato un ettropio, che venne portato via nel consueto modo, e si guarì. (Vedi lib. I *Annotazione* IV) Nessuno di questi fu obbligato a letto; ma vennero curati fra gli ambulanti.

Cinque individui curati mediante l' estirpazione dell' ettropio.

§. 6. Nel prospetto n.° 6 sono registrati i nomi di cinque individui sottoposti all' estirpazione dell' ettropio, e tutti furono guariti felicemente senza nemmeno guardare il letto; e l' ettropio venne estirpato togliendo via la congiuntiva fungosa dalla parte interna delle palpebre

Tre casi di encantide, ed una maligna, che si è riprodotta.

§. 7. Il prospetto n.° 7 porta i nomi di quattro individui sottoposti all' estirpazione dell' encantide, e di fungosità dolenti, e nerastre sulla congiuntiva in vicinanza della caruncula. Tre sono guariti felicemente, ma la nominata Stella Mattina, come aveva

fungosità dolenti e nerastre, presentò notabilissime difficoltà, ed è stata oltremodo irrequieta ; sicchè tre persone non bastavano a tenerla, e quest'operazione sembrava piuttosto un combattimento di pugillatori, che una pratica filantropica, il tumore non potè essere asportato interamente, e vedevasi già metà della cornea aderente al medesimo, ch'erasi fatta quasi stafilomatosa: nel momento dell'operazione si osservò, che un'arteriuccia molto ingrossata ha prodotto una emorragia non mai osservata sì forte in questi casi di estirpazione, locchè dimostra la grave alterazione avvenuta in quest'organo, e dopo 15 giorni l'encantide erasi nuovamente riprodotta, come se non fosse stata estirpata. Queste grosse arteriuccie osservate più fiate ne' casi di fungosità della congiuntiva, mi portano a credere, che per curare con profitto i tumori alimentati da esse, o si dovrebbe applicare il fuoco, o la legatura all'arteria, che alimenta la fungosità.

Seconda estirpazione tentata nella medesima persona.

§. 8. Questa medesima donna si presentò in mia casa dopo altri 20 giorni, e praticai una seconda estispazione dell'encantide con moltissimo stento, e con forte zampillo arterioso, ma dopo non si è più fatta vedere.

Quattro estirpazioni di totale Stafiloma.

§. 9. Il prospetto n. 8. riguarda quattro individui sottoposti all'estirpazione dello stafiloma totale, in questi la vista era perduta, e l'operazione si è praticata unicamente ad oggetto di appianare gli stafilomi, onde far cessare i dolori, ed applicare in seguito gli occhi artificiali, locchè è quanto l'arte permette sperare in simili casi, e si pratica se trovasi sano l'altro occhio.

Tre recisioni dell'ernia dell'iride riuscite felicemente.

§. 10. Nel prospetto n. 9 si notano tre individui ne'quali venne praticata la recisione dell'ernia dell'iride e tutti ebbero notabile profitto essendosi radicalmente curate le ernie, e cicatrizzate le ulceri, le oftalmie sono anche finite prontamente rimanendo l'occlusione della pupilla solamente in due casi in cui si era di già formata, e Maria Carligione conservò anche la pupilla aperta mentre erasi presentata innanzi che si chiudesse. In due casi l'ernia era conseguenza di oftalmia scrofolosa, e nella persona di Antonio Trapano era effetto di oftalmoblenorrea degenerata.

Intorno a' 18. individui ne'quali venne praticata la coropeja.

§. 11. Il prospetto n. 10 riguarda diciotto individui sottoposti alla coropeja, e neppure in un solo si è presentata iritide, o

violenta oftalmia traumatica; benchè nel caso di Lorenzo Javarone si osservò una suppurazione senza grave infiammazione; talchè l'esito è stato infelice, ed io credo, che l'occhio sia caduto in suppurazione per mancanza di vitalità ne' lembi della ferita; poichè l'uomo era vecchio, debole, scorbutico, e sifilitico, e forse vi ebbe influenza un poco di stento che s'incontrò nel distaccar l'iride, dalla cornea prima di recciderla; si rimasero discostati i lembi della ferita, e non ebbe vitalità bastante, onde ricomporli nè l'occhio potè guarire di prima intenzione, quantunque l'altro due anni prima avesse sostenuto con felicità la stessa ectomia praticata in vece con molta facilità, perchè nel sinistro vi era debole sinechia, e nel destro le aderenze dell'iride resero più stentata l'operazione, vi potrebbe esser concorsa anche l'irrequietezza dell'infermo che forse ha portato la palpebra inferiore fra i lembi della cornea ferita.

§. 12. In tutti gli altri 17 individui l'operazione riuscì tanto felice quanto poteasi sperare avuto riguardo al campo, che trovavasi sano nella cornea, talchè ne' due casi della de Santo, e del Mandicella, quantunque picciol grado di vista ricuperassero, si ottenne quel tanto, ch'era possibile sperare, considerato il campo che rimaneva libero.

L' operazione riuscì utile negli altri 17. compresi due casi difficili.

§. 13. Riuscirono utili le pupille nel caso di Pietro Antonio Donato, quantunque non fossero omologhe, e l'uomo non ebbe perciò lo strabismo.

Non vi è stato strabismo, quantunque le pupille non fossero omologhe.

§. 14. Il caso di Gabriele Lancia, nel quale riuscì tanto vantaggiosa la seconda pupilla aperta quest'anno verso l'angolo interno, quantunque verso l'angolo esterno, ne fosse stata aperta un'altra non senza utilità l'anno antecedente, dimostra, che l'occhio può sopportare due operazioni di tal natura, e che la pupilla, la quale viene aperta verso il canto interno, se la cornea è diafana quanto si richiede, riesce più vantaggiosa di quella, che si apre verso il canto esterno a condizioni uguali; in questo caso la picciola apertura dell'iride avea cagionato una quasi totale aplocia.

Caso di due operazioni praticate sul medesimo occhio.

§. 15. Il caso di Graziano de Martino nel quale venne aperta una seconda volta la pupilla per dilatare quella medesima ch'era stata aperta un'anno prima, ci ha convinti ognor più dell'utilità

Caso che dimostra l'utilità di aprir grandi pupille.

di aprire pupille assai grandi come ho spiegato lib. I. pag. 194. e seg. e lib. II. e pag. 273.

De' tredici individui sottoposti all'operazione della cateratta.

§. 16. Il prospetto n. 11 riguarda tredici individui sottoposti all' operazione della cateratta, fra questi in un sol caso si volle tentare la reclinazione anteriore, che venne eseguita nell' occhio sinistro di Adamo Aitel, e quantunque l' operazione sembrasse nel momento la più facile, e felice possibile, venne però seguitata da cateratta secondaria. Fra gli altri dodici ne'quali è stata praticata l' estrazione anteriore vi fu il solo caso di Luigi Carbone, nel quale per causa di sua bestiale irrequietezza nel tempo della consecutiva cura non potè restar ricomposta la ferita, e quantunque non vi fossero nè discrasie, nè contaggi sfavorevoli, quantunque l' iride non fosse stata menomamente offesa, talchè non ebbe luogo nè oftalmia traumatica, nè iritide; pure sursero dopo otto giorni i sintomi della suppurazione, e si trovarono scostati i margini della ferita, e la palpebra inferiore insinuatasi per entro ai lembi della medesima di modo, che l'occhio si guarì di seconda intenzione e cadde in atrofia per la suppurazione dei lembi feriti.

Dimo Nestore ha sofferto per causa di estraordinaria irrequietezza.

§. 17. Negli altri undici individui non si è notata veruna irritatazione fuorchè nel caso di Dimo Nestore, il quale essendo stato estraordinariamente irrequieto nel momento dell' operazione soffrì qualche contusione all' iride ed ebbe poi l' iritide, che si potè felicemente curare: ma non essendomi riuscito di poter togliere tutta la parte centrale della casula, dopo terminata la cura videsi parte della pupilla ingombrata: ciò non di meno egli prima di partire dalla clinica avea l' occhio libero da qualunque irritazione traumatica, e ci diede a conoscere, che avea ricuperato un sufficiente grado di vista, essendo libera la pupilla in gran parte.

Otto ricuperarono perfettamente la vista, e due aveano paralisi.

§. 18. Tra gli altri dieci, otto ricuperarono perfettamente la facoldi vedere, e soltanto la Iengo, ed il Varriano acquistarono deboli gradi di forza visiva, quantunque le cateratte fossero state felicemente estratte, e le pupille si vedessero sgombrate, e le cornee sanate perfettamente; ma in questi due casi si era pronosticata la debolezza de' nervi, e si praticò l' operazione perchè non si poteva prima riconoscere se vi fosse ambliopia, oppure semiambliopia il quale grado di paralisi dopo venne riconosciuto nella jengo e l' am-

bliop'a si osservò nel Varriano a cui riuscì quasi del tutto inutile il soccorso dell' operazione.

§. 19. Accumulando ora i casi di estrazione anteriore osservati in clinica in questi tre anni si può facilmente da' miei prospetti raccogliere, che gli occhi sottoposti alla detta operazione giungono al numero di 61, de' quali 5 ebbero atrofia e 3 cateratta secondaria, due però di questi ultimi ricuperarono la vista col mezzo d'una seconda operazione. Considerando adunque il primo successo possiamo dire che all' incirca 8 e 1/5 per cento ebbero atrofia, e 4 e 5/6 per cento cateratta secondaria.

Nel triennio i casi di estrazione furono 61, de' quali otto senza utilità.

§. 20. I casi di abbassamento furono in tutto 23 e tre occhi ebbero atrofia, e 4 cateratta secondaria, la quale non si potè curare a motivo, che gli uomini vedevano bastantemente coll'altro occhio, nè vollero sottoporsi a nuove operazioni, e ciò porta, che nella ragione del 13 per cento ebbero atrofia, e 17 e 1/5 per cento cateratta secondaria, laonde la perdita arriva oltre il 30 per cento; ed invece nell'estrazione anteriore la perdita non è riuscita neppure eguale al 14 per cento.

In 23. casi di depressione si notano 3. casi di atrofia e 4. di cateratta secondaria.

§. 21. Inoltre ne' casi di estrazione si osservarono due individui con residui casulari, che faceano temere la formazione di una cateratta secondaria, e furono osservati in un occhio di Giordano, ed in quello di Dimo Nestore; ma per la ceratonisi un simile difetto si osservò ne' 3 casi di Gragnano, Boriello, e Del Giudice riportati fra i 23 casi di abbassamento.

Residui casulari osservati in due occhi de' 61. curati per via dell'estrazione e 3. casi fra i 23 curati per mezzo dell'abbassamento.

§. 22. Io non metterò qui a calcolo i casi di ambliopia; o di semiambliopia ne' quali essendo libera la pupilla, e sanata la ferita della cornea l' uomo non potè ricuperar la vista per causa di paralisi, ciò che sarebbe accaduto egualmente, qualunque metodo fosse stato adottato; laonde sarà giusto conchiudere che le osservazioni raccolte in clinica risultano assai favorevoli alla estrazione anteriore. Faccio in fine osservare, che si è parlato di occhi, e non di persone, e siccome in molti casi ho eseguito l' operazine della cateratta ad ambedue gli occhi, l'uomo ha ricuperato quasi sempre la vista ad un occhio almeno, anche ne' casi disgraziati in cui uno si è perduto, o per causa di atresia o per cateratta secondaria. Laonde possiamo conchiudere che le operazioni infelici non

Casi ne' quali il metodo non avrebbe avuto influenza.

giungono alla ragione di otto per cento. Questa considerazione prova moltissimo a favore della pratica di allontanare ambedue le cateratte dalla pupilla nell'istesso giorno (vedi lib. I. pag. 227): l'iritide, o la suppurazione sviluppatasi in un occhio non ha mai recato danno all' altro, e dopo averne ricuperato anche un solo non ho quasi mai notato, che l' uomo volesse mettersi un' altra volta nelle tenebre per un mese; ragione per cui egli si rimase monoculo, come se avesse incontrato la disgrazia o di una cateratta secondaria o di un' atrofia le quante volte non si fossero estratte ambedue le cateratte. Queste sono le ragioni per le quali io loderò sempre la pratica di togliere ambedue le cateratte nell' istesso giorno quando sieno curabili.

PROSPETTO N.° I.

Che riguarda l' operazione della Trichiasi Cigliare.

NUMERO D'ORDINE.	EPOCA dell' OPERAZIONE.	NOMI E COGNOMI.	ETA' di ANNI.	PATRIA.	TEMPERAMENTO.	INFERMITA'.	PROGNOST.	ESITO.	ANNOTAZIONI.
1.	3. Marzo.	Giuseppe Pancio.	40.	Napoli.	Astenico-Bilioso.	Trichiasi alle palpebre superiori e panno.	Favorevole.	Felice adi 8. luglio.	
2.	10. *id.*	Lorenzo Javarone.	50.	*id.*	*id.* Linfatico e scorbutico.	*id.* e leucomi alla parte superiore.	Dubbia.	Poco meglio.	Operazione di Ectomia preceduta.
3.	10. *id.*	Antonio Artone.	55.	Sorrento.	Robusto.	*id.*	Favorevole.	Felice al 1. Luglio.	Altre fiate guarita.
4.	27. Aprile.	Genn. Schiattarelli.	34.	Napoli.	Sanguigno.	Trichiasi alle palpebre superiori.	*id.*	*id.* al 1. Giugno.	
5.	14. *id.*	Giacomo Panico.	25.	*id.*	Astenico linfatico.	*id.* alle superiori.	*id.*	*id.*	
6.	16. *id.*	Giuseppe Buonvantino.	29.	*id.*	*id.*	Trichiasi in tutte le palpebre, e gonfiezza.	*id.*	*id.* adi 1. Luglio.	Altra volta operato.
7.	21. *id.*	Biagio Parillo.	48.	*id.*	*id.*	Panni, e leucomi.	*id.*	*id.* 1. Agosto.	
8.	4. Maggio.	Serafino Anisposito.	50.	*id.*	*id.*	*id.* alle superiori e panno.	*id.*	*id.* adi 30. Maggio.	
9.	20. Aprile.	Marianna Panico.	34.	*id.*	*id.*	*id.* nella parte media delle palp. sup. e pan.	*id.*	*id.* al 1. Agosto.	
10.	25. *id.*	Domenico Vetro.	74.	*id.*	*id.*	Residuo di oftalmia e trichiasi a tutte le palpebre.	*id.*	*id.* al 22. Maggio.	
11.	16. Maggio.	Giacinto Gomez.	53.	*id.*	Sanguigno.	Oftamoblenorrea cronica con panno e trichiasi dell'infer. destr.	*id.*	Quasi guarito al 1. Giugno.	
12.	25. *id.*	Marianna Ajello.	60.	*id.*	Astenico linfatico.	Trichiasi leucomi e panno.	*id.*	Guarita al 1. Agosto.	
13.	8. *id.*	Antonio Russo.	45.	*id.*	Stenico.	*id.* parziale alla super. del destro ed infiam. del sinistro occhio.	*id.*	Felice adi 30. Maggio.	
14.	8. Giugno.	Giacomo di Cosenza.	24.	*id.*	*id.*	Panno al sinist. con trichiasi di tutte le palp.	*id.*	*id.* adi 29. Giugno.	
15.	*id.*	Raffaele de Angelis.	31.	*id.*	*id.*	Panno ad ambedue, e trichiasi alle palpeb.	*id.*	*id.* al 1. Luglio.	
16.	*id.*	Pirra Salvatella.	24.	*id.*	Astenico linfatico.	Trichiasi a tutte le palpebre, e panno.	*id.*	*id.*	
17.	10. *id.*	Teresa Ruggiero.	44.	*id.*	Stenico.	*id.* e panno al sinistro.	*id.*	*id.*	
18.	20. Giugno.	Maria.ª Schiattariello.	10.	*id.*	Astenico linfatico.	*id.* alle superiori e panno.	*id.*	*id.* adi 30.	
19.	28. *id.*	Gelsomina Ferrara.	50.	*id.*	*id.*	*id.*	*id.*	*id.* adi 30.	
20.	10. Agosto.	Vincenzo Ascione.	14.	Torre del Greco.	Stenico.	Trichiasi alle superiori palpebre.	*id.*	Continua con notabile miglioramento.	
21.	18. Novem.	Filippo Caciuotto.	24.	Napoli.	Sanguigno.	*id.*	*id.*	Guarito adi 17 Genn.	

Individui n. 21. de' quali guariti 18. ridotti a migliore stato 3.

PROSPETTO N.° II.

Che riguarda le persone curate per la tigna palpebrale, queste furono individui n.° 10.

NUMERO D'ORDINE.	EPOCA dell' OPERAZIONE.	NOMI E COGNOMI.	ETA' di ANNI.	PATRIA.	TEMPERAMENTO.	INFERMITA'.	PROGNOSI.	ESITO.	ANNOTAZIONI.
1.	11. Febbrajo.	Gio: Batt. Giannesi.	50.	Napoli.	Astenico nervoso.	Da un anno in quà oftalmia scrof. con panno e tigna parz.	Favorevole.	Felice a dì 20. Maggio.	
2.	9. Marzo.	Giuseppe Pedata.	8.	S. Antimo.	Robusto.	Tigna ad ambi gli occhi e legg. oftalmia.	*id.*	*id.* adì 4. Maggio.	
3.	14. *id.*	Catterina Gasalino.	19.	Genova.	*id.*	Tigna al destro.	*id.*	*id.* adì 8. Maggio.	
4.	29. *id.*	Rosa Scuro.	39.	Napoli.	Astenico-linfatico.	Tigna e legg. oftalmia.	*id.*	*id.* a' 14. Aprile.	
5.	14. Aprile.	Antonio Russo.	5.	*id.*	*id.*	Tigna e panno.	*id.*	*id.* al 1. Giugno.	
6.	2. Giugno.	Maria Esposito.	16.	*id.*	*id.*	Tigna al destro.	*id.*	*id.* adì 15. Luglio.	
7.	10. *id.*	Eleonora Cardua.	56.	*id.*	*id.*	Panni, e tigna.	*id.*	*id.* adì 30. Giugno.	
8.	25. *id.*	Anna Bettelemmeo.	6.	*id.*	*id.*	Tigna ed ulcere scrof. alle cornee con encantide.	*id.*	*id.* adì 1. Luglio.	
9.	26. Giugno.	Antonio Strazullo.	22.	*id.*	*id.*	Leucomi e tigna.	*id.*	*id.* adì 20. Marzo.	In primavera è stata operata di pup. Art.
10.	28. *id.*	Anna Villani.	18.	Marigliano.	*id.*	Oftalmoblenorrea al destro e tigna.	*id.*	*id.* adì 28. Marzo.	

Individui n. 10. tutti guariti.

PROSPETTO N.° III.

Desunto dalle storie, che riguardano le persone curate per la Fistola lagrimale, furono individui n. 2.

NUMERO D'ORDINE.	EPOCA. dell' OPERAZIONE.	NOMI E COGNOMI.	ETA' di ANNI.	PATRIA.	TEMPERAMENTO.	INFERMITA'.	PROGNOSI.	ESITO.	ANNOTAZIONI.
1.	22. Febbr.	Rosa Restano.	52.	Napoli.	Astenico-Linfatico.	Fistola non aperta, ossia idrope del sacco al destro lato.	Felice.	Guarita adì 30. Aprile.	Operata altr fiate per tr chiasi.
2.	11. Marzo.	Maria Ang. Esposito.	14.	*id.*	*id.*	Fistola suppurata al destro lato.	*id.*	Meglio e non continua a curarsi.	

Individui n. 2. 1 guarito, l'altra si trascura; ma andava meglio.

PROSPETTO N.° IV.

Sopra un tumore cistico osservato in un solo individuo.

NUMERO D'ORDINE.	EPOCA dell' OPERAZIONE.	NOME E COGNOME.	ETA' di ANNI.	PATRIA.	TEMPERAMENTO.	INFERMITA'.	PROGNOSI.	ESITO.	ANNOTAZIONI.
1.	17. Gennaio.	Maigloir Crenè.	18.	Francese.	Robusto.	Cistico sopra l'angolo esterno della palpebra destra sup.	Favorevole.	Guarito al 1. Maggio.	Due volte operato. e nella seconda estirp. la cistide in parte.

Individuo n. 1. guarito dopo la seconda operazione.

PROSPETTO N.° V.

Che riguarda n.° 6. individui curati dallo Pterigio *mediante l' estirpazione.*

NUMERO D'ORDINE.	EPOCA dell' OPERAZIONE.	NOMI E COGNOMI.	ETA' di ANNI.	PATRIA.	TEMPERAMENTO.	INFERMITA'.	PROGNOSI.	ESITO.	ANNOTAZIONI.
1.	24. Marzo.	Maria Tedesco.	50.	Napoli.	Robusto.	Pterigii ad ambedue gli occhi.	Favorevole.	Quasi guarito in breve.	
2.	3. Aprile.	Angelo Campanile.	30.	Bari.	Astenico linfatico.	Il sinistro con stafiloma, leucoma e pterigio.	*id.*	Per lo pterigio guarito.	
3.	2. *id.*	Giovanni Scarpetta.	30.	*id.*	*id.*	Pterigio all'angolo interno del sinistro.	*id.*	Felice a dì 3. Maggio.	
4.	6. *id.*	Onof. Mastrolonardo.	26.	Castellana di Bari.	Stenico.	Pterigio ed ettropio.	*id.*	Guarito al 1. Giugno.	
5.	1. Maggio.	Pasquale Ferrato.	10.	Napoli.	Astenico linfatico.	Residuo di oftalmoblenorrea e pterigii.	*id.*	Migliorato a' 2. *id.*	
6.	1. Gennaio.	Luigia Floino.	22.	*id.*	*id*	Pterigii carnosi, e panni.	*id.*	*id.*	

Individui n. 6. de' quali 4. guariti n. 2. meglio.

PROSPETTO N.° VI.

Desunto dalle storie di 5 operazioni eseguite onde estirpare l' ettropio.

NUMERO D'ORDINE.	EPOCA dell' OPERAZIONE.	NOMI E COGNOMI.	ETA' di ANNI.	PATRIA.	TEMPERAMENTO.	INFERMITA'.	PROGNOSI.	ESITO.	ANNOTAZIONI.
1.	16. Febbrajo.	Domenico Graziano.	22.	Lauro.	Astenico linfatico.	Ettropio alla sinistra palp. infer. e leggieri panni.	Favorevole.	Guarito al 1. Aprile.	
2.	Da 2. anni in quà.	Giuseppe Cardone.	23.	Salerno.	Robusto.	Oftalmia, denso panno ed ettropio all' infer. destra.	*id.*	*id.* a' 12. Maggio.	
3.	14. Marzo.	Carmine Grasso.	42.	Napoli.	*id.*	Ettropio all' infer. palpebra sinistra.	*id.*	*id.*	Non è tornato a farsi vedere, ma si sa esser guarito.
4.	Da 2. anni in qua.	Pasquale Cosenza.	29.	Abruzzo.	Stenico linfatico.	*id.*	*id.*	Guarito adi 20. Maggio.	Operato anche di pupilla artificiale.
5.	10. Maggio.	Filippo Esposito.	11.	Napoli.	Astenico Linfatico.	Ettropio alle palpebre inferiori.	*id.*	*id.* adi 10. Giugno.	

Individui n. 5. tutti guariti.

PROSPETTO N.° VII.

Che riguarda le storie degli individui n.° 4. sottoposti all' operazione per fungosità *della congiuntiva, ossia* encantide.

NUMERO D'ORDINE.	EPOCA dell' OPERAZIONE.	NOMI E COGNOMI.	ETA' di ANNI.	PATRIA.	TEMPERAMENTO.	INFERMITA'.	PROGNOSI.	ESITO.	ANNOTAZIONI.
1.	11. Gennajo.	Giovanna Ansalone.	16.	Napoli.	Astenico nervoso.	Oftalmoblen. al destro stafiloma incipien. ed escresenz. sulla cong.	Dubbia.	Quasi guarito al 1. Maggio.	
2.	1. Gennajo.	Stella Mattina.	20.	*id.*	*id.* Linfatico.	Il destro avvizzito e fungosità dolorose.	Assai dubbia.	Ha migliorato poco.	Nel tumore trovavasi grossa arteria al centro.
3.	23. Aprile.	Giovanni de Marco.	54.	*id.*	*id.* Nervoso.	Oftalmia cronica ed escresc. su congiunt.	Felice.	Guarito li 22. Maggio.	
4.	16. Aprile.	Giuseppe Vitello.	64.	*id.*	Stenico Linfatico.	Encantide molle al sinistro.	*id.*	*id.* li 18. Luglio.	

Individui n. 4. de' quali 3. guariti, uno migliorato.

PROSPETTO N.° VIII.

In cui si dà conto degl' individui n.° 4. ne' quali venne reciso lo stafiloma.

NUMERO D'ORDINE.	EPOCA dell' OPERAZIONE.	NOMI E COGNOMI.	ETA' di ANNI.	PATRIA.	TEMPERAMENTO.	INFERMITA'	PROGNOSI.	ESITO.	ANNOTAZIONI.
1.	22. Aprile.	Grazia Murolo.	15.	Napoli.	Stenico linfatico.	Stafiloma totale al sinistro.	Favorevole circa la deformità.	Felice a' 22. Maggio.	È stato reciso.
2.	2. Maggio.	Angelo Nardelli.	32.	San Germano.	*id.*	*id.* al destro.	*id.*	*id.* adì 18. Maggio.	*id.*
3.	2. Agosto.	Ettore Marottamorell.	13.	Napoli.	Astenico linfatico.	*id.*	*id.*	Meglio adì 15. Agosto.	*id.*
4.	8. Giugno.	Donato Nannariello.	47.	Calitri.	*id.*	*id.*	*id.*	Guarito adì 28. Maggio.	È stato reciso.

Individui n. 4. ridotti in buono stato.

PROSPETTO N.° IX.

In cui si dà conto degl' individui n.° 3. ne' quali è stata curata l' ernia dell' iride mediante la recisione.

NUMERO D'ORDINE.	EPOCA dell' OPERAZIONE.	NOMI E COGNOMI.	ETA' di ANNI.	PATRIA.	TEMPERAMENTO.	INFERMITA'.	PROGNOSI.	ESITO.	ANNOTAZIONI.
1.	3. Marzo.	Raffaela Galliana.	12.	San Germano.	Stenico linfatico.	Ernia ed oftalmia scrofolosa al destro con atresia.	Favorevole ma non per la vista.	Ha migliorato assai.	
2.	25. Aprile.	Antonio Trapano.	19.	Sorrento.	*id.*	Ernia con atresia della pupilla destra.	Poco favorevole.	Quasi guarito al 1. Luglio.	
3.	28. Luglio.	Maria Carligione.	7.	Napoli.	Astenico linfatico.	Ernia dell' iride al sinistro.	Favorevole per la vista.	Continua e và meglio.	Ha notabilmente migliorato, e vede.

Individui n. 3. due meglio 1. ha conservato la pupilla aperta.

PROSPETTO N.° X.

Che risulta dalle storie di 18. individui sottoposti all' ectomia *in caso di sinizesi, o di ceratoscotesi.*

NUMERO D'ORDINE.	EPOCA dell' OPERAZIONE.	NOMI E COGNOMI.	SE MILITARE.	ETA' di ANNI.	TEMPERAMENTO.	CONDIZIONE dell' ALTRO OCCHIO.	DA QUANTO TEMPO CIECO.	OPERAZIONE.	PRONOSTICO.	OCCHIO OPERATO.	SE INFIAMMAZ.	ESITO	EPOCA della GUARIGIONE.
1.	A. 1817. 18. Novem.	Domen, Spaziani.	Milit.	27.	Astenico linfatico.	Ambedue.	Da 4. mesi. cieco.	Ectomia ed estrazione della catt. sp.	Favorevole a sinis. dubbio pel dest.	Ambedue per sinizesi.	Nò.	Felice a 2.	1. Decemb. esce.
2.	11. Decem.	Lucia de Santo.	Civile.	28.	Robusta.	Sinistro suppurato.	Da 2. anni.	Ectomia anteriore.	Dubbia campo picciolo.	Destro per ceratoscotesi.	Nò.	Poco utile.	27. Decem.
3.	A. 1818. 17. Gem.	Pietro Catolino.	Milit.	50.	Sanguigno sifilitico.		Da 2. mesi.	*id.*	Favorevole.	Ambedue.	*id.*	Felice.	7. Febbr.
4.	28. Febbr.	Anto. Strazullo.	Civile.	22.	Astenico Linfatico.		Dall'infanz.	*id.*	*id.*	Destro *id.*	*id.*	*id.*	14. *id.*
5.	*id.*	Piet. Ant. Donati.	Milit.	41.	*id.*	Vede poco.	1. anno.	*id.*	*id.*	Ambedue.	*id.*	*id.*	10. *id.*
6.	21. Febbr.	Pasquale Sacco.	Civile.	23.	Robusto.	*id.*	5. mesi.	*id.*	Dubbia.	Destro.	*id.*	*id.*	6. Marzo.
7.	*id.*	Grazie Martino.	*id.*	7.	Astenico linfatico.	Operato altra volta con vantaggio.	Più anni.	*id.*	*id.* campo picciolo.	*id.*	*id.*	Poco utile.	*id.*
8.	7. Marzo.	Vincen. Mirando.	Milit.	33.	*id.*		3. anni.	*id.*	Favorevole.	*id.*	*id.*	Felice.	22. Marzo.
9.	9. *id.*	Loren. Javarone.	Civile.	55.	Scorbutico, sifilide ed astenico linfatic.	*id.*	6. anni.	*id.*	Dubbia.	*id.*	Si.	Infelice suppurat.	7. Aprile.
10.	14. *id.*	Donato Greco.	Milit.	28.	Eccitabile stenico.	*id.*	*id.*	*id.*	*id.*	Sinistro.	*id.*	Felice.	28. Marzo.
11.	2. Aprile.	Nicc. di Alessio.	*id.*	27.	Astenico linfatico.	Panno.	1. anno.	*id.*	*id.*	Ambedue.	*id.*	*id.*	1. Maggio.
12.	3. *id.*	Luigi Antolfo.	Civile.	22.	Stenico nervoso.	Operato già con vantag.	*id.*	*id.*	*id.*	*id.*	*id.*	*id.* al sinistro, dest. offusc.	19. Aprile.
13.	18. *id.*	Giuseppe Peretti.	Milit.	42.	Linfatico e sifilide.	Stafiloma.	5. anni.	*id.*	*id.*	Destro.	*id.*	Felice.	1. Maggio.
14.	9. Maggio.	Gabriele Lancia.	*id.*	24.	Astenico linfatico e sifilide.	*id.*	1. anno e mezzo.	*id.*	*id.*	Sinistro.	*id.*	*id.*	Operat. l'an antecedente 25. Maggio.
15.	12. *id.*	Tom. Mandicella.	Civile.	26.	*id.*	Poco offuscato.	*id.*	*id.*	Dubbia per campo picciolo.	*id.*	*id.*	Poco utile.	28. *id.*
16.	27. Giugno.	Gaetano Corsano.	*id.*	30.	Astenico bilioso.	*id.*	4. anni.	*id.*	Favorevole.	*id.*	*id.*	Felice.	13. Luglio.
17.	25. Luglio.	Carm. Sorrentino.	*id.*	45.	Stenico nervoso.	Stafiloma.	3. anni.	*id.*	*id.*	Destro.	*id.*	*id.*	8. Agosto.
18.	8. Agosto.	Orazio Ottone.	Milit.	22.	*id.*	*id.*	3. mesi.	*id.*	*id.*	Sinistro.	*id.*	*id.*	28. *id.*

Individui n. 18. Infelice 1. Poco utili 3. per campo angusto. Felici 14.

PROSPETTO N.° XI.

Desunto dalle storie di 13. individui che hanno sostenuto l' e. raxi.

D' ORDINE.	EPOCA dell' OPERAZIONE	NOMI E COGNOMI.	SE MILITARE.	ETA' di ANNI.	TEMPERAMENTO.	STATO di CADAUN OCCHIO.	DA QUANTO TEMPO.	OPERAZIONE.	PROGNOST.	QUALE OCCHIO.	SE INFIAMMAZIONE.	ESITO.
.	1817. 25. Novembre.	Nunzio Rossi.	Civile.	36.	Astenico linfatico.	Nel destro tentata la altri là depressione rimondata, e vi è stata iritide con paralisi.	Da 1. anno	Estrazione anteriore.	Favorev.	Al sinist.	Nò infiammaz.	Felice 1. Decem.
.	13. Decembre.	Alessan. de Nuzis.	*id.*	33.	*id.*	Ambedue caterat.	Da 13. anni.	*id.* e poi cateratta secondaria.	*id.*	Ambedue.	Iritide tarda al sinistro.	Felice al destro 11. Dec.
.	1818. 14. Febbrajo.	Giov. Pepsichello	*id.*	33.	*id.*	*id.*	Da 3. anni	*id.*	*id.*	*id.*	Non manifesta.	Felice 9. Marzo.
.	28. Marzo	Vincenza Jengo.	*id.*	60.	Nervoso astenico sifilitico.	*id.*	Da 13. anni.	*id.*	Dubbia.	*id.*	*id.*	Poco utile per nervi.
.	*id.*	Gio. Adamo Aitel.	Milit.	80.	Astenico linfatico.	Sinistro adombrato.	Da 3. anni	Cheratonisi.	Favorev.	Il destro.	*id.*	Inutile 11. Aprile
.	18. Aprile.	Asiel. de Matteo.	Civile.	60.	*id.*	Il destro opaco, il sinistro operato 20. anni fà felicemente.	Da 20. anni	Estrazione anteriore.	Dubbia.	*id.*	*id.*	Felice 7. Magg.
.	22. *id.*	Berard. Variano.	*id.*	20.	*id.*	Ambedue.	Da 12. anni.	*id.*	*id.* per nervi.	Ambedue.	*id.*	Poco utile per nervi.
.	4. Maggio.	Dimo Nestore.	Milit.	62.	Bilioso-stenico.	Sano il sinistro.	Da 8. mesi	*id.*	Favorev.	Il destro.	Infiammazione	Utile.
.	9. *id.*	Genn. Carfone.	Civile.	53.	Robusto.	Destro adombrato.	Sinistr. da 7. anni, destro 4.	*id.*	*id.*	Il sinistr.	Infiamm. e suppur	Infelice.
.	20. Giugn.	Carlo Ricciuti.	*id.*	60.	Astenico linfatico scorbutico.	Ambedue.	1. anno.	*id.*	*id.*	Ambedue.	Non manifesta.	Felice 16. Luglio
.	27. *id.*	Tomm. Ferrara.	*id.*	60.	*id.*	*id.*	2. anni.	*id.*	*id.*	*id.*	Infiammazione.	Felice 8. Agosto
2.	18. Luglio	Dom. Pecacciuolo.	*id.*	30.	Astenico linfatico, sterpio scorbutico e sifilitico.	*id.*	5. mesi.	*id.*	*id.*	*id.*	Non manifesta.	Felice 5. Agosto
3.	25. *id.*	Ant.a Bottiglieri.	*id.*	55.	Astenica e scorbutica.	*id.*	3. anni.	*id.*	Dubbia.	*id.*	*id.*	Felice 5. Agosto

Individui curati per cateratta n. 13. — Uno per Ceratonisi 1. mancato.
12. per Estrazione 1. suppurato, e mancato.

Felice 1. ma con picciolo ingombro ad un occhio.
Poco utili 2. per ambliopia.
11. con l'effetto sperabile; 8. Felici.

ANNOTAZIONE IV.

Intorno alle 124 persone curate come ambulanti mediante locali medicine.

Nessuno ha interamente perduto la vista de' 124 individui, e due soltanto perderono qualche grado per negligenza.

§. 1. Anche nel corso di quest' anno, come ne' due precedenti si è notato che di 124 persone curate fra gli ambulanti nessuno ha perduto la vista nel corso delle nostre cure, e soltanto in due casi fu osservato del peggioramento prodotto da varie recidive, I infermi erano Giuseppe Bifferi, e Chiara Tafuri, i quali hanno perduto qualche grado della residua vista, ma se avessero continuato a curarsi vi era motivo di sperare, che l' avrebbero di nuovo ricuperata. Questi due si presentarono con oftalmoblenorrea accompagnata da cicatrici al centro delle cornee, e panno; sotto l' impressione di varietà atmosferiche soffrirono recidive; che hanno reso più fosche le cornee addensando il panno, ma io avea progetto di praticare la coropeja, subitochè l'oftalmia avesse cessato.

52. sifilitici curati senza interne medicine.

§. 2. Molti de' nostri ambulanti erano deboli o scorbutici, e 52 individui si notarono affetti da evidente contagio sifilitico, eppure di questi così male affetti 32 sono guariti, e 18 ebbero molto vantaggio dalle nostre cure, e soltanto i due citati si rimasero senza utilità per loro incuria.

91. individui attaccati da oftalmoblenorrea.

§. 3. Le oftalmie erano per la maggior parte gravi, ed in 91 de' nostri infermi si notò, il grado di oftalmoblenorrea, in molti casi degenerata per causa di ulceri; ipopio, panno, leucomi, o stafilomi.

Casi di Flusso palpebrale, ed oftalmoblenorrea curata con vantaggio.

§. 4. I casi di flusso palpebrale sono stati 3, i casi di oftalmia semplice 13, e molti altri si trovavano complicati con ulceri; principalmente nell' oftalmia scrofolosa, eppure questi vennero compiutamente guariti; i casi di oftalmoblenorrea furono 58, quelli ne' quali era acuta semplice furono soltanto 10, negli altri si osservò complicata con ulceri, ipopio, ed anche panno, ed il panno era quasi sempre nello stato cronico, e 46 di questi individui ebbero compiuta guarigione, si notarono inoltre 3 casi d' iritide sifilitica delle quali una era congiunta all' oftalmoblenorrea, sulla fine si trovano registrati 19 casi di panno cronico preceduto da

oftalmoblenorrea e 11 individui di questi furono condotti a perfetta guarigione, ed 8 notarono profitto manifesto.

§. 5. Finalmente 11 infermi si erano presentati con leucomi estesi, che si sono ristretti, e sette di questi vennero ridotti a stato di poter subire la coropeja, tre ricuperarono notabil grado di vista, ed un solo ebbe dannosa recidiva.

Casi di leucomi estesi ora migliorati.

§. 6. Gl' individui colpiti da paralisi furono 4, e vennero curati con poca utilità, come si è notato in casi simili nel lib. II. pag. 59.

Quattro casi di paralisi con poco vantaggio.

§. 7. Si raccoglie altresì da questo prospetto, che vi sono registrati i nomi di sette individui, i quali vennero curati anche l' anno precedente, e circa 100 furono quelli, che per lo spazio di più settimane, ed anche mesi vennero a farsi curare a pochissimi de' quali furon amministrate le interne medicine.

Individui curati per lungo tempo.

§. 8. Nella persona di Salvatore Prudente venne osservato un caso di stafiloma vasto esulcerato, il quale potè esser ripianato mediante il solo uso del laudano; ed un caso di ettropio sviluppatosi di recente nelle palpebre di Gio: Lecce potè questo venir ripianato senza ricorrere alla recisione applicando sui nepitelli la pietra, ed il laudano concentrato.

Cura locale delle oftalmie utile in generale.

§. 9. In generale nel corso delle nostre cure ho fatto osservare agli allievi, che l' applicazione del laudano concentrato, e delle sanguisughe hanno prodotto effetti pronti, e salutari in tutti i casi di oftalmia scrofolosa, e che nelle oftalmoblenorree croniche hanno anche prodotto effetti salutari; nelle acute poi ho dimostrato con molte chiare pruove l'utilità di moderare il detto laudano mescolandolo con parti eguali dell acetato di piombo liquido.

Utilità del laudano puro in molti casi, e necessità di moderarlo nell' oftalmoblenorrea acuta grave.

§. 10. Vi sono delle oftalmoblenorree, le quali mediante l' uso de' locali rimedj si moderano; ma poi s' inaspriscono per qualunque picciolo disordine, talvolta inevitabile nel corso della vita, e si possono riguardare come alimentate da' contagj, e veleni interni è d' uopo in questi casi combattere le discrasie mediante cure interne, oltre all' uso delle medicine locali; siccome venne osservato ne' casi di Vincenzo Borrigo, Raffaele Palmieri, e Lauletta; nella sifilide ho dato quasi sempre la preferenza al mercurio Gommoso di Plenk, o al sublimato, e ne' casi di idrargirosi mi sono servito de' legni indiani, ed anche del Rob antisifilitico rimedio, che evidentemente mi ha prodotto salutari effetti.

Oftalmoblenorree sostenute da veleni.

Flusso palpebrale.

1.	Franc. Galliano.	17. Aprile.	4.	Napoli.	Astenico nervoso.	Flusso palpebrale, e vizio erpetico a' contorni delle palpebre.	Guarito 19. Aprile.
2.	Carmine Trotta.	8. Aprile.	50.	*id*	Astenico linfatico.	Flusso palpebrale ed oftalmia.	Guarito 30. Agosto.
3.	Emanuele Salsano.	6. Giugno.	42.	Cava.	Robusto.	Flusso e fusione di linfa.	Guarito 8. Giugno.

Oftalmie Croniche semplici.

4.	Anna Pano.	10. Aprile.	30.	Napoli.	Astenico linfatico.	Oftalmia semplice.	Guarita 30. Aprile.
5.	Anna Felice Adamo	10. Aprile.	12.	*id.*	Astenico linfatico.	Oftalmia leggiera.	Guarita 30. Aprile.
6.	Raff. de Dominicis.	13. Aprile.	38.	*id.*	Stenico.	*id.*	Guarito 31. Aprile.

Oftalmia, Nubecola e panno leggiero.

7.	Raffaele Medaglia.	10. Febbr.	22.	Napoli.	Sanguigno.	Oftalmia e nubecola ad ambe gli occhi.	Guarito 2. Aprile.
8.	Agostino Alfieri.	3. Marzo.	36.	S. Giovanni a Teduccio.	Astenico Bilioso.	Oftalmia al sinistro, e fusione di linfa nella cornea.	*id.* 10. Luglio.
9.	Antonio Frungillo.	23. Magg.	23.	Napoli.	Robusto.	Oftalmia cronica e panno.	*id.* 18. Maggio.
10.	Fortun. Mazzella.	22. Aprile.	14.	*id.*	Stenico.	Oftalmia e panno.	Guarita 22. Maggio.
11.	Raffaele Musello.	*id. id.*	24.	*id.*	Astenico linfatico.	Oftalmia cronica e panno.	*id. id.*
12.	Antonia Barone.	7. Maggio.	64.	*id.*	*id. id.*	Oftalmia e panno.	*id.* 30. Giugno.
13.	Maria Perotti.	20. Magg.	13.	Chieti.	*id. id.*	Oftalmia al destro, e panno.	*id.* 10. Giugno.
14.	Gennaro Ricci.	2. Giugno.	12.	Napoli.	Bilioso.	Oftalmia e leucoma eccentrico al sinistro occhio.	*id.* 1. Luglio.
15.	Car. Luzzi Carbone.	15. Giugno.	4.	*id.*	Astenico linfatico.	Oftalmia cronica e panni.	*id.* 3. Luglio.
16.	Genn. la Monaca.	5. Febbr.	40.	*id.*	*id. id.*	Oftalmia cronica recidiva.	*id.* 26. Maggio

Oftalmia con ulceri.

17.	Raffaela Strina.	28. Dicemb	30.	Napoli.	Astenico linfatico.	Oftalmia scorbutica ed ulcere al destro.	Guarita 1. Agosto.

Oftalmia scrofolosa con ulceri, ascessi, o leucomi.

18.	Adelaide Poche.	16. Marzo.	5.	Dell' isola d' Elba.	Robusto.	Oftalmia scrofolosa ed ipopio incipiente.	Guarito 1. Giugno.
19.	Francesco Maletta.	12. Aprile.	22.	Napoli.	Stenico linfatico.	Oftalmia scrofolosa con ulcere. Leucoma al sinistro ulcere al destro.	Quasi guarito 14. Agosto.
20.	Salvatore Leone.	22. Aprile.	2.	*id.*	Astenico linfatico.	Oftalmia scrofolosa ed ascesso alla cornea sinistra.	*id.* 22. Magg.
21.	Giovanna Progenie.	8. Maggio.	6.	*id.*	Sanguigno.	Oftalmia scrofolosa ed ulcere al sinistro.	*id.* 30. Giugn.
22.	Domenico Panzo.	1. Giugno.	14.	della Barra.	Astenico linfatico.	Oftalmia scrofolosa, ed ulceri.	*id.* 1. Agosto.
23.	Raffaele Capasso.	9. Giugno.	1.	Napoli.	*id. id.*	Oftalmia scrofolosa e leucomi.	*id.* 30. Giugn.
24.	Antonio Imperatore.	4. Giugno.	37.	*id.*	*id. id.*	Oftalmia scrofolosa ed ulcere al centro sinistro e varici palpeb.	*id.* 3. Maggio.
25.	Giorgio Japici.	*id. id.*	8.	*id.*	*id. id.*	Oftalmia scrofolosa ed ulceri.	*id. id.*
26.	Giuseppe Manco.	22. *id.*	10.	*id.*	*id. id.*	Oftalmia scrofolosa con ulceri, e panno al destro.	*id.* 26. Luglio.
27.	Giusep. Vitacchiano.	1. Luglio.	10.	*id.*	*id. id.*	Oftalmia scrofolosa ed ulceri alla cornea sinistra.	*id.* 4. Agosto.
28.	Gennaro Papa.	6. *id.*	14.	*id.*	*id. id.*	Oftalmia scrofolosa ed ulceri.	*id. id.*
29.	Raffaele Merillo.	23. Maggio.	20.	*id.*	*id. id.*	Piccioli leucomi ed oftalmia.	Guarito

Oftalmoblenorrea acuta semplice.

30.	Diodato Jovine.	3. Maggio.	29.	Napoli.	Stenico nervoso.	Oftalmoblenorrea ad ambe gli occhi.	Guarito 3. Luglio.
31.	Luigi Mennone.	14. *id.*	4.	*id.*	Astenico linfatico.	Oftalmoblenorrea ad ambe gli occhi.	Guarito 2. Giugno.
32.	Raffaele Noviello.	4. *id.*	16.	*id.*	Stenico nervoso.	Oftalmoblenorrea al sinistro.	*id.* 30. Maggio.
33.	Giuseppe Greco.	12. *id.*	50.	*id.*	Astenico linfat. sifilit.	Oftalmoblenorrea acuta.	*id.* 18. Giugno.
34.	Francesco Cario.	8. *id.*	9	*id.*	*id. id.*	Oftalmoblenorrea acuta.	*id.* 7. Agosto.
35.	Mariano Giuliano.	30. *id.*	32.	*id.*	*id. id.*	Oftalmoblenorrea recidiva acuta al destro.	Meglio 8. Agosto.
36.	Antonio Izzo.	13. Luglio.	7.	*id.*	Stenico nervoso.	Oftalmoblenorrea infantile acuta.	Guarito 10. Agosto.
37.	Gerardo Melisio.	6. Agosto.	10.	*id.*	Astenico linfatico.	Oftalmoblenorrea acuta infantile.	Meglio 1. Agosto.
38.	Niccola Savino.	14. *id.*	13.	Napoli.	*id. id.*	Oftalmoblenorrea al destro.	Meglio 1. Agosto.
39.	Rosa Angela.	11. Gennajo	24.	Salerno.	Sanguigno.	Oftalmoblenorrea ad ambedue.	Guarito 20. Marzo.

Oftalmoblenorrea, ed ulceri.

40.	Antonio Sargente.	10. Febbrajo	40.	Napoli.	Astenico linfat. sifilit.	Oftalmoblenorrea ed ulcere al destro.	Guarito 20. Marzo.
41.	Luigi Reale.	24. Febbrajo	28.	S. Giovanni a Teduccio.	*id. id.*	Oftalmoblenorrea ed ulcere al sinistro, linfa fisa al destro.	Guarito 21. Marzo.
42.	Michele d'Angiolo.	8. Maggio.	45.	Napoli.	*id. id.*	Oftalmoblenorrea al destro con ulcere ed ipopio.	Guarito 30. Maggio.
43.	Maria Vin. Baratta.	4. *id.*	14.	*id.*	*id. id.*	Oftalmoblenorrea ed ulcere.	Guarita 1. Luglio.
44.	Vito Mositano.	9. *id.*	21.	Ardore.	Robusto.	Oftalmoblenorrea ed ulcere al destro.	Guarito 9. Giugno.
45.	Michele Parascanto.	6. Giugno.	24.	Napoli.	*id.*	Oftalmoblenorrea ed ulceri al sinistro.	Guarito 1. Agosto.
46.	Teresa Mazzano.	22. *id.*	22.	*id.*	Astenico linfatico.	Oftalmoblenorrea ed ipopio al destro.	Guarita 26. Luglio.
47.	Giosuè Napolitano.	1. Luglio.	28.	*id.*	*id.* Sifilitic.	Oftalmoblenorrea ed ulcere.	Guarito 30. *id.*
48.	Orsola de Rosa.	1. *id.*	9.	*id.*	*id. id.*	Oftalmoblenorrea ed ulcere al destro.	Guarita 30. *id.*
49.	Catter. Castellona.	4. *id.*	45.	*id.*	*id. id.*	Oftalmoblenorrea con ulcere al destro.	Guarita 4. Agosto.
50.	Giuseppe Rispo.	25. Giugno.	37.	*id.*	Stenico sifilitico.	Oftalmoblenorrea ed ulcere al centro sinistro.	Guarito 21. Luglio.

Oftalmoblenorrea e panno.

51.	Luigi Perella.	10. Febbrajo	5.	Napoli.	Astenico nervoso.	Oftalmoblenorrea e panno al destro.	Guarito 4. Maggio.
52.	Gaet. de Gennaro.	10. *id.*	40.	di Cereto.	Robusto sifilitico.	Oftalmoblenorrea e panno.	Guarito 21. Aprile.
53.	Gabriele Ferrara.	20. Maggio.	38.	Napoli.	Astenico linfat. sifilit.	*id.* *id.*	Guarito 1. Giugno.
54.	Giuseppe Esposito.	20. *id.*	40.	*id.*	Robusto	*id.* *id.*	Guarito 12. Maggio.
55.	Raffaele Jorio.	28. Febbrajo	24.	*id.*	*id.* Sifilitico.	*id.* *id.*	Guarito 7. Marzo.
56.	Anna Scuotti.	30. *id.*	12.	*id.*	Astenico linfatico.	*id.* *id.*	Guarita 27. Maggio.
57.	Francesco Greco.	14. Marzo.	36.	Lecce.	Robusto sifilitico.	*id.* *id.*	Guarito 1. Luglio.
58.	Grazia Riva.	12. Aprile.	36.	Napoli.	Stenico nervoso.	Oftalmoblenorrea e panno incipiente a due.	Guarita 20. Aprile.
59.	Genn. de Laurenzis.	30. *id.*	26.	*id.*	Stenico. sifilitico.	Oftalmoblenorrea e panno al sinistro.	Guarito 1. Agosto.
60.	Giovanni de Falco.	21. *id.*	45.	*id.*	Astenico lin. at. sifilit.	Oftalmoblenorrea e panno.	Guarito 1. Luglio.
61.	Maria de Simone.	11. Maggio.	26.	Brescigliano	*id.* *id.*	Oftalmoblenorrea e panno denso al destro.	Guarita 30. Maggio.
62.	Raffaele Fera.	9. *id.*	21.	Napoli.	*id.* *id.*	Oftalmoblenorrea e panno recidivo.	Guarito 30. Giugno.
63.	Niccola Peru'.	22. *id.*	30.	*id.*	*id.* *id.*	Oftalmoblenorrea e panno a' 2 occhi.	Guarito 1. Agosto.
64.	Paolo Luciano.	1. Maggio.	40.	*id.*	*id.* *id.*	Oftalmoblenorrea e panno antico.	Meglio 1. Agosto.
65.	Giovanni chiocchi.	23. Giugno.	24.	Avellino.	Robusto.	Oftalmoblenorrea e panno al destro.	Guarito 21. Luglio.
66.	Michele Palermo.	13. Luglio.	45.	Napoli.	Stenico nervoso.	Oftalmoblenorrea e panno.	Guarito 1. Agosto.
67.	Anna Colucci.	10. Agosto.	50.	Napoli.	Astenico. linfat. sifilit.	Oftalmoblenorrea e panno cronico.	Guarita 30. Ottobre.
68.	Raffale Joima.	20. Ottobre.	23.	*id.*	Robusto.	Oftalmoblenorrea a 2. e panno al destro.	Guarito 17. Gennajo.
69.	Anna Napolitano.	26. Dicemb.	30.	*id.*	*id.* sifilitico.	Oftalmoblenorrea e panno al destro.	Guarita 20. Gennajo.

Oftalmoblenorrea, panno ed ulceri, talora ipopio.

70.	Vincenza Borrigo.	10. Febbrajo	50.	Napoli.	Astenico. linfat. sifilit.	Oftalmoblenorrea, ulceri, e panno.	Meglio 8. Luglio.
71.	Raffaele Palmieri.	28. Aprile.	22.	*id.*	*id. id.*	Oftalmoblenorrea al sinistro, panno ed ulceri.	Guarito 1. Ottobre.
72.	Cristoforo Auteri.	16. Marzo.	65.	S. Giovanni a Teduccio.	Robusto.	Oftalmoblenorrea panno ed ulceri.	*id.* 1. Giugno.
73.	Anna Musella.	3. Maggio.	60.	Napoli.	Astenico linfatico.	Oftalmoblenorrea panno ed ipopio.	Quasi guarito. 1. Luglio.
74.	Giuseppe Bifferi.	1. Giugno.	40.	*id.*	Astenico linfat. sifilit.	Oftalmoblenorrea ulceri e panno.	1. Giugno Peggio.
75.	Teresa Ruggiero.	10. *id.*	40.	*id.*	Stenico nervoso.	Oftalmoblenorrea ulceri e panno al sinistro.	Bene 1. Agosto.
76.	Giuseppe Vitello.	16. *id.*	64.	*id.*	*id.* sifilitico.	*id. id.*	*id.* 26. Luglio.
77.	Patrizio Puerio.	18. *id.*	40.	Marano.	Astenico sifilitico.	Oftalmoblenorrea ulcere e panno, ipopio al destro.	Guarito 28. Luglio.
78.	Simone Durante.	20. *id.*	26.	Napoli.	Astenico linfat. sifilit.	Oftalmoblenorrea panno ed ulceri al sinist.	*id.* 26. Luglio.
79.	Michele Stabile.	14. *id.*	44.	Frasso.	Astenico bifios. sifilit.	Oftalmoblenorrea ulceri ed ipopio.	Meglio.

Oftalmoblenorrea cronica semplice, o con epifora.

80.	Giuseppe Lauletta.	30. Agosto.	34.	Matera.	Eccitabile stenico. sifilit.	Oftalmoblenorrea cronica ed epifora.	Meglio 1. Giugno.
81.	Pasquale Granieri.	4. Maggio.	2.	Napoli.	Astenico linfatico.	Oftalmoblenorrea cronica infantile.	Guarito 3. Maggio.
82.	Luigi Russo.	4. *id.*	37.	Piano di Sorrento.	Sifilitico	Oftalmoblenorrea cronica, chemosi ed ectropio.	*id.* 29. Maggio.
83.	Giovanni Lecce.	3. *id.*	43.	Napoli.	Astenico.	Oftalmoblenorrea cronica ed ectropio al destro.	*id.* 28. Giugno.
84.	Raffaele Campana.	1. Giugno.	11.	*id.*	Astenico linfatico.	Oftalmoblenorrea senza ulceri nè panno, cronica.	*id.* 1. Agosto.
85.	Giacomina Riola.	15. Luglio.	50.	Arpino.	Astenico linfat. sifilit.	Oftalmoblenorrea cronica al sinistro.	Meglio 30. Ottobre.
86.	Matteo Fasinello.	4. Agosto.	14.	Napoli.	*id. id.*	Oftalmoblenorrea cronica infantile al destro.	Meglio 6. Novembre.

Oftalmoblenorrea con iritide.

87.	Pietrant. Trigianese.	4. Luglio.	14.	Ariano.	Astenico linfat. sifilit.	Oftalmoblenor. con iritide e piccioli leuconi.	Guarito 10. Agosto.

Oftalmia con iritide.

88.	Niccola Pollo.	7. Aprile.	20.	Napoli.	Astenico linfat. sifilit.	Iritide sifilitica, e pupilla eccentrica al sinistro.	Non continua.
89.	Gaetano Aurelio.	20. *id.*	33.	*id.*	Robusto sifilitico.	Oftalmia venerea iritide, e panno.	Guarito 2. Giugno.

Oftalmoblenorrea con leucomi.

90.	Rosa Bofio.	Da 8. mesi.	38.	S. Giovanni a Teduccio.	Astenico linfatico.	Oftalmoblenorrea e leucoma al destro.	Meglio.

Panno dopo Oftalmoblenorrea.

91.	Domenico di Napoli.	Da 6. mesi.	28.	Nola.	Robusto sifilitico.	Panno a' due occhi e leucoma al sinistro.	Meglio.
92.	Felice Bianchetti.	20. Marzo.	36.	Svizzero.	Robusto.	Panno ed atresia al sinistro, al destro manca spazio di P. A.	*id.*
93.	Gennaro Perillo.	1. Gennajo.	68.	Napoli.	Astenico linfat. sifilit.	Panno alla cornea sinistra.	Guarito 1. Marzo.
94.	Giusep. Cartegieri.	Da un anno.	28.	Calabria.	Robusto sifilitico.	Panno a 2. occhi.	*id.* 7. Luglio.

Panno Cronico dopo Oftalmoblenorrea.

95.	Pietro Catolini.	20. Gennajo.	18.	Penne.	Astenico linfat. sifilit.	Panno a tutti due gli occhi.	Migliorato.
96.	Maria delle Noci.	10. Febbrajo	20.	Napoli.	*id. id.*	Panno a' due, ed ulceri.	Guarito 1. Luglio.
97.	Sabbato Buono.	20. Agosto.	70.	*id.*	*id. id.*	Panno ulceri e restringimento di pupille.	Guarito 1. Novembre.
98.	Raffaele Lista.	Da 1. anno.	16.	*id.*	Robusto.	Panni diradati sulle cornee.	Guarito 11. Maggio.
99.	Raffaele Cammisa.	Da 3. anni.	27.	Casandrisia	Robusto sifilitico.	Panno delle cornee e resid. oftalm.	Guarito 1. Maggio.
100.	Felice Fravaglio.	5. Marzo.	26.	Muro in Basilicata.	*id. id.*	Panno alle cornee.	Quasi guarito 14. Maggio.
101.	Maria Esposita.	29. Maggio.	39.	Napoli.	Astenico linfatico.	Panni densi alle cornee.	Ha migliorato.
102.	Felicia Maresca.	12. Aprile.	3.	Nola.	*id. id.*	Panno e stafiloma al destro.	Meglio.
103.	Gaetano Bucchino.	12. Maggio.	31.	Napoli	*id. id.* sifilitico.	Panno cronico alle cornee.	Guarito 30. Maggio.
104.	Pietro Monicello:	13. Maggio.	23.	Pianella.	Robusto sifilitico.	Panno al sinistro e piccola ulcere.	Quasi guarito 1. Giugno.
105.	Antonio Silvestri.	2. Giugno.	36.	Napoli.	Bilioso sifilitico.	Panno denso al sinistro.	Meglio.
106.	Raffaele Mazzei.	9. Giugno.	21.	*id.*	Robusto.	Panno ad ambe gli occhi.	Guarito 30. Giugno.
107.	Eleonora Cordua.	10. Giugno.	56.	*id.*	Sanguigno sifilitico.	*id.*	Guarito 30. Giugno.
108.	Costant. Guadagna.	15. Giugno.	42.	Avellino.	Robusto.	Panno cronico al sinistro.	Guarito 1. Agosto.
109.	Gioacchino Medani.	20. Giugno.	35.	Roma.	Astenico linfat. sifilit.	*id.*	Meglio.

Leucomi da Oftalmoblenorrea , ed ulceri.

110.	Gennaro Acampora.	7. Gennajo.	25.	Napoli.	Robusto sifilitico.	Leucoma eccentrico sulla pupilla sinistra.	Meglio al 1. Maggio.
111.	Ciro Alfano.	5. Marzo.	40.	*id.*	Sifilitico asten. linfat.	Leucoma sulla pupilla del destro occhio.	Guarito 12. Maggio.
112.	Domenico Jena.	1. Maggio.	4.	*id.*	Astenico.	Leucoma picciolo, e panno al centro del sinist.	*id.* 8. Luglio.
113.	Vincen. Angelo.	20. Maggio.	28.	Avellino.	Robusto sifilitico.	Leucomi estesi, il destro perduto, al sinist. poco spazio.	Poco meglio.
114.	Chiara Tafuri.	20. Agosto.	9.	Napoli.	Astenico.	Leucomi recenti estesi.	Peggiorato, e manca.
115.	Lucia de Silva.	25. Aprile.	4.	Avellino.	Linfatico.	Ulcere e panno al destro, al sinistro cateratta con amaurosi e leucoma.	Meglio 30. Maggio.
116.	Rosa Grifone.	8. Maggio.	30.	Roma.	Robusto sifilitico.	Stafiloma totale al sinistro, leucoma al destr.	Migliorato, ma non si fa operare.
117.	Rosaria Learbo.	1. Giugno.	33.	Napoli.	Astenico linfat. sifilit.	Leucoma al centr. sinist. e nubecola eccentrica al destro.	Guarita 1. Agosto.
118.	Salvat. Prudente.	28. Luglio.	10.	*id.*	Astenico linfatico.	Stafiloma totale con esulcer. al sinistro.	Guarito senza taglio.
119.	Fortun. Allmagna.	28. Gennajo.	46.	*id.*	Astenico linfat. sifilit.	Leucomi estesi con poco spazio.	8. Agosto.
120.	Luigia Rossi.	9. Giugno.	25.	*id.*	Asten. linfat. ristretto per l'oper. sifilit.	Leucoma al destro.	Non continua.

Paralisi agli occhi.

121.	Giuseppe Guarrano.	14. Aprile.	50.	Napoli.	Astenico linfatico.	Amaurosi sifilitica al destro. al sinis. cater. spur. ed occlusione.	Poco meglio non si opera.
122.	Agnese Castagliola.	4. Maggio.	50.	*id.*	*id. id.*	Principio di Amaurosi, ed oftalmia.	Poco meglio.
123.	Angelo Ammirato.	1. Agosto.	33.	*id.*	*id. id.*	Amaurosi al destro con leucomi e stafil. oftalm., e leucomi al sinistro.	Ristretto meglio il sinist.
124.	Margher. Moriello.	19. Febbrajo	14.	S. Maria di Capua.	*id. id.*	Ambliopia amaurotica ad ambe gli occhi.	Peggiora non continua la cura.

TRATTATO DI ECRAXIOLOGIA

CAPO I.

Si considerano varie origini delle cateratte.

Facilità con cui l' organo cristallino si può offuscare.

§. 1. L' organo cristallino è di una tessitura sì dilicata, che facilmente può alterarsi, e divenendo opaco acquista il nome di cateratta, per pruova di ciò basterà l'osservazione che se tiriamo fuori dall' occhio un cristallino, e se spremasi alquanto fra le dita esso perde la regolare diafanità tostocchè n'esca parte del fluido aequoso da cui è imbevuto, e similmente se venga esposto all'aria libera dopo esalata la parte acquosa diviene opaco; locchè dimostra esser necessario, che le sue laminette vengano mantenute distese da un fluido trasparentissimo.

Opacità per ad densata albumina.

§. 2. Un' altra pruova che facilmente quest' organo perde la sua trasparenza si è il vedere, come si fa bianco tostocchè, o venga gettato nell' acquavite, o si esponga ad un calore più elevato de' 60. gradi di Reamour, locchè dipende dalla molta albumina di cui vanno composte le sue laminette, la quale si condensa.

Dubbio se nel vivo accada lo stesso.

§. 3. Ma taluno potria dubitare, che le indicate mutazioni, ovvie nel cristallino cavato fuori dall' occhio non avessero luogo nel vivente, se dimostrare non si potesse coi fatti alla mano, che in un modo consimile e colla medesima facilità il cristallino si offusca anche nel vivo e che la sua fragilità è tale per cui varie cause anche diverse fra loro possono dare origine alla cateratta.

Le ferite portano opacità del cristallino derivata o da atrofia o da infiammazione.

§. 4. Osserviamo infatti nella pratica, che qualunque volta una ferita penetrante nel globo dell' occhio sia pervenuta a cagionare soluzione di continuo in una parte dell' organo cristallino, sempre si manifesta la cateratta, la quale per lo più formasi nel corso di sole 24 ore, ed esaminando tali cateratte nell' atto di farne l' estrazione ho trovato il corpo della lente molto ristretto e picciolo, e qualche volta perchè era questo molle è

stato assorbito interamente, nè trovavasi altro che la casula dura, e tenace, perchè dopo la ferita questa avea sofferto un corso d' infiammazione. Ho veduto de' casi, ne' quali la casula essendo di una tessitura mollissima è stata disorganizzata dalla ferita, e dopo essersi fatta opaca è stata interamente assorbita nel corso di 4, o 6 settimane.

§. 5. Dalle accennate osservazioni adunque si raccoglie, che due condizioni opposte; cioè l' atrofia, ed anche l' infiammazione potranno cagionare l' opacità del cristallino, la prima di queste fa sparire le parti fluide, e restringe il corpo cristallino, e la seconda porta un' aumento di materiali densi, che lo offuscano; laonde conchiuderemo, che le cateratte dipender potranno talora da aggiunzione di materiali, e talora da atrofia sviluppatasi nell' organo cristallino. Due cause prossime delle cateratte.

§. 6. Queste condizioni morbose avendo facilmente luogo ne' vecchi, ne' quali talune parti deperiscono, altre si dimagrano, ed altre o si gonfiano per rilasciamento de' lor vasellini nutritivi che vi lasciano penetrare de' fluidi irregolari, o s' indurano per un attività morbosa, che produce aggiunzione di materiali densi, e compatti; intendesi perchè i vecchi debbano essere più degli altri soggetti a cateratte le quali derivano o da atrofia, ed essiccamento del cristallino, o da aggiunzione di sostanze albuminose versatesi, o per cagione di un morboso rilasciamento de' vasi nutritivi, o per deposizione di sostanze tenaci, e compatte, le quali sogliono produrre concrezioni analoghe anche in altre parti del corpo quando l' uomo trovasi in quest' ultima epoca della vita. I vecchi si trovano esposti a condizioni morbose, che portano le cateratte.

§. 7. Su questi dati ognuno si persuaderà, che se le tre accennate cagioni potranno operare lo sviluppo delle cateratte ne' vecchi per l' andamento della vita organica; altre consimili viziature prodotte da accidentali alterazioni potranno anche ne' giovani dare origine alle cateratte accidentali. Di fatti ho notato, che l' oftalmia cronica passando alle parti interne dell' occhio, ed anche l' iritide, e la retropulsione degli esantemi determinati agli occhi, o la metastasi; potranno qualche volta cagionare la formazione delle cateratte per un attività morbosa de' vasellini spettanti all'organo cristallino, che porta in esso aumento di materiali. Altre cause, che possono determinare cateratte accidentali.

Altre atrofie prodotte da paralisi de' nervi cigliari.

§. 8. Oltre queste cause di aumento de' materiali componenti l' organo cristallino, è causa di opacità l' atrofia senile accennata più sopra; e qualche volta ne' giovani ha luogo un' atrofia dipendente da mancanza di nutrizione del cristallino per causa di paralisi de' nervi cigliari, la quale varia secondo il grado della paralisi, ed il luogo da essa occupato.

Principj generali per la classificazione delle cataratte.

§. 9. Convinto da giornaliere osservazioni della influenza di tutte queste cagioni produttrici delle cateratte ho indagato i caratteri delle varie specie, ed ho stabilito la classificazione che siegue.

CAPO II.

Intorno alle cateratte senili.

La cataratta dura senile formasi lentamente, ed è giallognola, e dura.

§. 1. La *cateratta dura senile* suole formarsi molto lentamente ne' vecchi già attaccati dall' arco senile è di un colore tendente al giallo d' ambra simile a quello delle cartilagini, perchè verso il centro suole apparire il nucleo della lente fatto giallastro, e cartilaginoso, ossia compatto. Questa specie si è osservata nelle persone di Dimo Nestore, Tommaso Ferrara, e Antonia Bottigliera di cui si trovano le storie più sotto.

Come si spieghi l' induramento dell' organo cristallino.

§. 2. L' organo cristallino in questi casi s' indura perchè si aumenta l' attività degli ultimi vasellini destinati a nudrirlo, siccome i patologi osservano in molte altre parti cartilaginose del corpo umano, o nelle tonache delle arterie, le quali si ossificano in quest' epoca della vita; lo stesso induramento ha luogo nella lente la quale può compararsi ad una cartilagine, essa indurasi in quest' ultimo periodo della vita umana per aumento di attività negli estremi vasellini sierosi, e consimile aumento di attività sviluppasi a quest' epoca ne' vasellini della casula, e della cornea in guisacchè la casula diventa dura, e tenace, e nel suo contorno la cornea si offusca dando sviluppo all' arco senile. Vedi Tav. I. Fig. 2.

§. 3. Esaminando la cateratta dura senile, questa sembra molto analoga alla cateratta atrofica, ma le sue parti sono ingrossate, e dure come si osserva in molti casi di cateratta traumatica il cui sviluppo viene accompagnato da pertinace infiammazione, chiunque abbia osservato l' alterazione, che ha luogo nel cristallino in caso d' infiammazione sarebbe dunque portato a credere, che questa cateratta sia l' effetto di un' infiammazione cronica, ma per quanto si esamini l' occhio nel tempo in cui essa si forma non trovasi veruno indizio d' infiammazione; molti valenti maestri, fra i quali il celebre Walther di Landshut, hanno anzi opinato, che tutte le cateratte avessero origine da infiammazione, sì perchè vi sono cateratte evidentemente infiammatorie, altresì perchè ve ne sono delle traumatiche, vi sono le esantematiche, e queste cateratte dure senili, le quali portano molta apparenza delle cateratte che sono state precedute da un corso infiammatorio cronico; ma le metastatiche sovvente si formano senza veruna apparenza d'infiammazione e nelle atrofiche certamente non può questa aver luogo essendosi disseccata la lente a poco a poco, locchè dimostra non potersi render troppo generale l' idea, che le cateratte abbiano origine da infiammazione.

Le parti sono ingrossate, e dure, ma non ha luogo infiammazione.

§. 4. Io non saprei altrimenti spiegare la formazione della cateratta *dura senile* se non ammettendo, che in quest' ultimo periodo della vita, come aumentasi la forza degli ultimi vasellini linfatici, locchè determina il dimagrimento, ed anche l' assorbimento di parti molli, ed anche solide; così quasi per un consenso veggansi attivati gli ultimi vasellini arteriosi costituenti i vasellini sierosi e che per tale aumento di attività si addensino e s' indurino le parti diafane, come sarebbe la cornea, e l' organo cristallino. Questa accresciuta attività da taluni autori viene riguardata, come infiammaziane cronica degli organi in generale, e del cristallino in particolare, ma non sembrami aver essa tutti i caratteri dell' infiammazione.

Spiegazione, che riguarda la sua origine.

§. 5. Tale è l'aumento di attività, che in questi casi sviluppasi negli ultimi vasellini, che tutto l' organo cristallino suol trovarsi indurato; ed accresciuto di mole, e qualche volta l' ho veduto del colore di cioccolatte, cosa che parmi doversi ripe-

Varietà della cataratta dura senile.

tere da una gran copia del pigmento nero, il quale assorbito da' linfatici spettanti alla zona ciliare, si è portato nel tessuto dell'organo cristallino, in questi casi ho notato una cateratta nera congiunta all' igieneurosi, la quale non deve andar confusa colla cateratta nera degli antichi, che nominavano così l' amaurosi perchè l' uomo è cieco siccome nella cateratta, e la pupilla apparisce nera trovandosi diafana, e sana la lente, che lascia riconoscere la tinta del fondo dell' occhio. Il nero di questa cateratta si discerne per la sua opacità, e perchè è fosco siccome il ciocolatte, un oculista abituato a riconoscere lo stato diafano della lente che lascia trasparire il fosco situato nella profondità dell'occhio non potrà errare perchè la cateratta nera mostra la sua tinta assai vicina al livello dell' iride.

Della cateratta albuminosa senile

§. 6. *La cateratta albuminosa senile* presenta dietro la pupilla una superficie molto convessa, e levigata di color bianco perlino e và congiunta a tutti gl' indizii dell'*igieneurosi*, talvolta è radiata di colore argentino, altre fiate ha delle macchie tondeggianti o giallognole, e bianche, e talora vedesi tutta egnale in superficie; quando è radiata questi raggi hanno figura di triangoli isoseli acuti coll' apice rivolto al centro e la base alla periferia della lente.

Persone in cui è più comune questa specie di cateratta.

§. 7. Questa specie di cateratta è commune negli obesi, e fra coloro, che abitano luoghi paludosi, nel corso di quest'anno venne osservata in *Giovanni Persichillo*, *e Carlo Ricciuti* Vedi Stor. III. e IX, più sotto. Gli uomini obesi e gli abitatori delle paludi vanno sovvente soggetti a queste cateratte, ed alle altre senili anche in età molto fresca; come ancora nelle monache l' ho osservata molto sovvente, e dipende a mio credere dallo stato leuco-flegmatico, che incontrasi in queste persone per la vita poco esercitata, e per l' impressione dell' aria umida; io dunque credo non allontanarmi dal vero se reputo che tali cateratte abbiamo origine da rilasciamento de' vasellini sierosi, i quali lasciano penetrare nell' organo cristallino albumina densa invece di sierosità diafana, e sottile, come richiedesi nello stato regolare.

Stato in cui trovansi i componenti dell' organo cristallino.

§. 8. Ho spiegato, che mi sembra manifesto esser detta cateratta causata da rilasciamento de' vasellini sierosi, i quali lasciano penetrare una sostanza albuminosa nelle varie parti dell' organo

cristallino, invece del fluido acqueso, e sieroso necessario a mantenere la regolare trasparenza di tutte le sue parti, infatti le laminette superficiali del cristallino trovansi in questi casi tutte ingrossate, e molli; perchè ripiene di materia albuminosa, la casula per lo più è molle, ma conserva la regolare trasparenza, ed alle volte è anch' essa ripiena di albumina biancastra, in qualche caso la troviamo tutta bianca, solida, e compatta, come una seconda cornea, e come ne' casi di cateratta infiammatoria; ed allora ha molta tendenza a ricomporsi dopo l'operazione, e formare la cateratta secondaria.

§. 9. *La cateratta senile atrofica* differisce dalle due precedenti perchè invece di aumentarsi la mole dell'organo cristallino in questo caso trovasi diminuita; essa è la più commune ad incontrarsi ne' vecchi decrepiti, l' abbiamo veduta nel De Nuziis e nel Carbone, storie II. ed VIII. Allorchè manca la nutrizione ai capelli in guisacchè si fanno canuti non è meraviglia, che gli ultimi vasellini sierosi destinati a nudrire il cristallino manchino essi pure di energia vitale, questa cateratta suole avere un color bianco-giallognolo per lo più equabile, non è molto convessa come la dura, o l' albuminosa, e qualche volta suole avere la superficie un poco aggrinzita come le cateratte arido-siliquate. Facendosi l' estrazione troviamo la casula inaridita, ed assottigliata, il corpo della lente molle, ed impicciolito, l' umore del Morgagni assai scarso, in questi casi pare propriamente, che il cristallino sia stato seccato all' ria, ragione per cui la chiamo cateratta atrofica, e si può ammettere, che la lente sia deperita e secca per mancanza de' fluidi nutritivi. Differenza della cateratta senile atrofica.

§. 10. Questa cateratta si può riguardare come un' atrofia dell' organo cristallino, il quale per l' età deperisce e muore, quindi si dissecca, e si fa opaco, essa presentasi allorquando si offusca il contorno della cornea, e formasi l' arco senile, che quasi sempre si manifesta a quest' epoca. Atrofia che la produce

CAPO III.

Cateratte dipendenti da paralisi dell' occhio.

Alle volte è effetto di paralisi.

§. 1. Nei casi finora descritti l'occhio suol presentare i caratteri dell' igieneurosi, ma alle volte invece vi si scoprono indizj, o di ambliopia, o di amaurosi, e la cateratta non è che la conseguenza di uno degli accennati gradi della paralisi, la quale o ha preceduto, o si è sviluppata contemporaneamente al difetto del cristallino. Queste cateratte si sono vedute nella *Jengo*, e nel *Varriano*. Storia IV. e VI.

Segni di atrofia che si riconoscono nelle cateratte dipendenti da paralisi.

§. 2. Le cateratte dipendenti da paralisi presentano segni di atrofia nell' organo cristallino, e si nota quasi sempre, che prima l' uomo perde la facoltà di vedere, e dopo si manifesta la cateratta. In questo caso l' allontanamento di essa dalla pupilla riuscirà inutile, poichè tolta la cateratta il vizio de' nervi rimarrà lo stesso: nè recar potrà meraviglia, che allorquando manca la forza de' nervi, e principalmente de' cigliari, gli organi da essi alimentati vengano a mancare di nutrizione, poichè lo stesso accade negli arti inferiori o superiori; quando perdesi il senso, ed il moto per causa di paralisi; allora la nutrizione viene a mancare, e l'arto si fa atrofico. Ciò è così conforme alle idee più communi, che allorquando la paralisi altera solamente il nervo ottico lasciando illesi i nervi cigliari il volgo si maraviglia nell' osservare, che l' occhio conservi l' aspetto sano, e non di meno l' uomo trovisi nell' impossibilità di percepire le sensazioni, le quali vengono dalla luce. Per l'opposto quasi in tutti i casi di grave infiammazione all' iride, ed alla coroidea venendo ad alterarsi i nervi cigliari vediamo formarsi la cateratta vera, e l' atrofia occupa non solo il cristallino, ma talvolta anche l' intero occhio secondo il grado dell' infiammazione.

Quattro forme di cateratte dipendenti da paralisi.

§. 3. La cateratta che dipende da paralisi de' nervi cigliari suol presentarsi sotto quattro forme, cioè *cateratta cornea*, *cateratta radiata olivastra*, *cateratta albuminosa*, *e cateratta arido-siliquata*, *o tremula*, *o ondeggiante*.

§. 4. La *cateratta cornea* suol presentarsi negli uomini di età molto avanzata; è stata conosciuta anche dagli antichi maestri, è di un colore fosco olivastro analogo alla tinta del crisopraso, si presentano in essa delle macchie tondeggianti olivastre, e semidiafane, che ricordano quelle osservabili nel corno segato per lo mezzo, in questi casi la mancanza della vista si manifesta prima, che venga riconosciuta la cateratta, i movimenti della pupilla o sono mancanti, o irregolari, e l' occhio affetto non discerne sennonchè il bianco, il rosso, ed anche il nero; ma bisogna, che i corpi sieno illuminati, e portati molto vicini all' occhio, in generale si può dire, che l' infermo in questi casi discerne assai meno di quanto dovrebbe vedere se l' impedimento dipendesse unicamente dalla cateratta, poichè questa è semitrasparente. Aspetto della cateratta cornea.

§. 5. Ne' primi giornali della mia pratica trovo registrata una osservazione di questa specie, che piacemi quì riferire. Io fui chiamato a togliere una cateratta che occupava l' occhio sinistro d' un signore molto rispettabile, il quale trovavasi in età di 84. anni, l' occhio destro poteva discernere molti corpi con mediocre precisione ad onta che vi si scorgesse un principio di cateratta, nel sinistro la cateratta era cinerea con qualche macchia cornea tondeggiante e di colore olivastro giallognolo, l' infermo con quest' occhio poteva discernere i corpi bianchi avvicinati, ed anche i corpi rossi, e neri; ma giudicava di un rosso assai pallido ciò che era di una tinta rossa vivace, i movimenti dell' iride erano falsi perchè la pupilla si dilatava nell' atto di aprirgli l' occhio alla viva luce; invece di restringersi, e si chiudeva qualche volta unicamente per consenso, allorchè si apriva l' altro occhio rimanendo dilatata finchè questo tenevasi chiuso. Osservazione di una cateratta cornea.

§. 6. Quattro professori eravamo stati richiesti a decidere se fosse operabile questa cateratta, e trovandoci tre favorevoli, ed uno contrario venne stabilito doversi intraprendere l' operazione; era contrario un vecchio pratico, il quale ci assicurava, che l' infermo aveva perduto la vista quasi improvvisamente e pria che si scoprisse la cateratta, egli opponeva altresì il colore corneo cupo della cateratta, ma la tinta cornea non era stata ancor va- Perchè si volesse sperare, vantaggio dall' operazione.

lutata da me, i movimenti dell' iride erano pronti, nè io avea fino a quel tempo imparato a conoscere la loro falsità, e riguardo alla cecità preceduta noi non ne abbiamo fatto caso perchè non avevamo gran fiducia alla sincerità del relatore, che mostrava una vista troppo imperfetta nel riconoscere i mali degli occhi.

Stato in cui si trovò la cateratta.

§. 7. Fatto il taglio della cornea ho trovato la casula anteriore cinerea, semitrasparente in varj punti, ed era così tenace, che con difficoltà potei squarciarla coll' ago, uscì la lente, ch' era fosca, semitrasparente, e dura come una cartilagine, talchè potevasi giudicare per una cateratta dura senile, ho tirato fuori colle pinzette tutta intera la casula anteriore, ma poco dopo vidi un' altra membranella cinerea, che si presentava sul luogo della pupilla, e presala mi aviddi esser questa l' intera casula posteriore diventata tenace, e cinerea con varie parti semitrasparenti, ma quale non fu la nostra sorpresa, allorchè ad onta di una estrazione così perfetta ricompostosi benissimo l' occhio senza perdita del vitreo l' infermo non potè riconoscere di aver migliorato, e guaritasi la cornea restò sempre in uno stato di ambliopia nervosa; quantunque la pupilla si vedesse libera perfettamente e regolare!

Pratica moderata in questi casi.

§. 8. Dopo questa osservazione sono stato molto moderato nell' intraprendere l' estrazione, e nel fare la prognosi, e se qualche volta ho ceduto al desiderio dell' infermo, che volea tentare in simili casi l' esperimento dell' operazione ho prevenuto gli astanti de' miei dubbi, ed ho fatto considerare la tinta cornea, l' imperfezione della vista, ed i movimenti falsi dell' iride essere indizj di ambliopia nervosa, che sempre si è trovata tale, allorchè si accumulavano tutti questi segni ad accrescere i miei dubbi; potrei solamente eccettuare qualche caso rarissimo di semiambliopia, che permetteva ancora all' infermo discernere varj oggetti, e rendeva non del tutto inutile la nostra operazione come nella Jengo si è osservato.

Cateratta radiata olivastra.

§. 9. La *cateratta radiata olivastra* presenta sempre una tinta fosca, i raggi veggonsi diretti al centro, e la sua tinta olivastra tende al giallo, questa và quasi sempre congiunta alla amaurosi, ed anche al glaucoma, o alla linchisi del vitreo, nel qual ultimo

caso vedesi tremante per la fluidità del vitreo; non di rado l' ambliopia precede questo offuscamento imperfetto della lente; ma un accorto oculista non potrà farsi illusione perchè saranno sempre evidenti segni di ambliopia, o di amaurosi, il trovare molto debole il residuo grado di vista quando la cateratta è fosca, e sono mancanti o falsi i movimenti dell' iride.

§. 10. La *cateratta arido-siliquata da paralisi* quando è nel suo primo sviluppo può ingannare l' oculista poichè suole andar congiunta coll' ambliopia, o colla semi-ambliopia, e vi sono piccioli indizj di queste alterazioni nervose incipienti. Essa è di un color perlino tendente al giallo, la sua superficie è aggrinzita come suol trovarsi nelle cateratte arido-siliquate e come si osservò nel Varriano. Essa và congiunta sovvente ad una tinta cupa dell' iride, al battito delle palpebre, alla percezione imperfetta, ed altri segni di ambliopia; qualche volta però non vi è che il solo battito delle palpebre, e se la facoltà di vedere non fosse mancata prima del suo sviluppo si potrebbe sperare, che vi fosse la semi-ambliopia, e si potrà allora tentare l' operazione; in questi casi la cateratta suole essere alquanto tremula, e lo è tanto di più, quanto più si è impicciolito l' umor cristallino per causa dell' atrofia, come vedevasi nel Varriano. *Arido-siliquata da paralisi.*

§. 11. Se si pratica l' estrazione trovasi d' ordinario la capsula molto bianca ingrossata, e tenace, quanto una grossa membranella, l' umore del Morgagni scarseggia, ed il corpo della lente suole avere una tinta color di caffè chiaro: è semidiafano, ed è solido come una cartilagine. *Stato in cui si trova.*

§. 12. In questi casi l' coraxis riesce quasi sempre di poca utilità all' infermo, perchè vi è l' ambliopia, o la semiambliopia, e la cateratta essendo molto sottile e semitrasparente non gl' impedisce discernere molti oggetti se la paralisi è lieve. Inoltre osservasi, che la paralisi incominciata, quasi sempre progredisce, e la semi-ambliopia diventa ambliopia, e da ultimo amaurosi perfetta. *Poco vantaggio dell'operazione in questi casi.*

§. 13. Quando la paralisi perviene ai gradi più gravi accade quasi sempre, che l' atrofia dell' organo cristallino si aumenti a tal segno, che tutta la lente o quasi tutta si discioglie nella parte più fluida del vitreo, e questa ne occupa il posto in cotal guisa, *Cateratta galleggiante, ed aumento di paralisi.*

che la cateratta si fa membranosa, e tremula, e da ultimo arriva perfino a distaccarsi dalla periferia de' legamenti cigliari, ed a galleggiare, lasciando in certi momenti libera una gran porzione della pupilla, senza che perciò l' uomo possa vedere cosa alcuna, questa varietà della cateratta arido-siliquata venne chiamata dagli antichi cateratta tremula; ma io la nomino *cateratta galleggiante;* perchè la cateratta può essere tremula, e può venire estratta con vantaggio dell' infermo; allorchè l' atrofia della cateratta or descritta giunge a renderla galleggiante vi è sempre congiunta la perfetta amaurosi; e perciò l' uomo nulla può vedere, e quasi non discerne la luce dalle tenebre.

Cateratta Atrofico-Albuminosa.

§. 14. La quarta specie di *cateratta* dipendente da paralisi è quella ch'io nomino *atrofico-albuminosa*, poichè si trova nell' aspetto e nella densità somigliante ad un pò di albumina, o bianco d'uovo appena condensato, e trae la sua origine da una atrofia dell' organo cristallino, che è dipendente da paralisi. Questa specie di cateratta per lo più incontrasi ne' giovani, ed attacca un solo occhio, talvolta è preceduta da un mite corso infiammatorio in guisa che si scorgono appena taluni vasellini varicosi alla congiuntiva, l' infermo nota qualche senso di peso, e di dolore al contorno dell' orbita, anche in questi casi non rare volte l' occhio perde la vista innanzi che si mostri la cateratta.

Segni di tali specie.

§. 15. Nella *cateratta atrofico albuminosa* osservasi qualche indizio di strabismo, la percezione suole essere, o imperfetta, o laterale e la tinta della cateratta è bianca simile a quella della cateratta albuminosa senile; la cateratta è lucente, e spesso vi si scorgono o raggi, o increspature alla superficie, e non di rado l' iride ondeggia, come se fosse stata praticata un' operazione di cateratta.

Aspetto della cateratta suddetta nel momento dell' estrazione.

§. 16. Se vengasi all' operazione appena tagliata la cornea vedesi sparire la cateratta perchè esce una sostanza albuminosa molle, e la casula dà passagio al vitreo, che insinuandosi per la ferita la respinge dietro all' uvea. In questi casi la casula suole essere densa per qualche infiammazione preceduta, e con facilità ricade, e si addensa per un nuovo corso d' infiammazione traumatica determinando talvolta anche una complicazione di sinizesi, e portando così la cateratta secondaria.

§. 17. Se l'oculista in luogo di adoprare il cistotomo impiegasse la pinzetta dentata (vedi lib. II. pag. 122.) e giugnesse ad afferrare validamente la casula, trovandola tenace potrebbe tirar fuori tutta la cateratta intera, che sembrerà un sacchettino ripieno di albumina, e dalla sua picciola mole riconoscerà l'atrofia dell'organo cristallino, e troverà mancare l'umore di Morgagni ed il nucleo della lente per effetto di assorbimento e di disorganizzazione. Stato in cui trovasi l'intera cateratta.

§. 18. Questa cateratta atrofico-albuminosa và sempre congiunta alla paralisi da cui trae la sua origine, e rare fiate il vizio nervoso trovasi in grado di semi-ambliopia, anzi è frequente trovare o l'ambliopia, o l'amaurosi, talchè riesce inutile l'operazione. Grado dell'alterazione de' nervi in questi casi.

CAPO IV.

Cateratte Accidentali.

§. 1. Le cateratte descritte nel capo antecedente, e le senili sono spesso conseguenza della vitalità diminuita, e sono le più communi ad incontrarsi nell'età matura, o decrepita, queste possono riguardarsi, come effetto della fragilità della macchina umana, la quale si va distruggendo col tempo; oppure viene colpita da qualche parziale paralisi: or mi resta a descrivere ciò, che osserviamo ne' casi di cateratta la di cui formazione sia dipendente da un'attività accresciuta nelle varie parti dell'organo cristallino, quando per qualche accidente venga esso colpito, e viziato. Queste cateratte sogliono dipendere, o da ferite, o da infiammazione della casula, o da metastasi, e tutte le comprendo sotto la classificazione di *cateratte accidentali.* Cateratte accidentali.

§. 2. Risulta adunque che le cateratte accidentali potranno ridursi a tre specie, cioè *traumatiche*, *infiammatorie*, *e metastatiche.* Tre specie di esse.

§. 3. La cateratta *vera infiammatoria*, dipende quasi sempre da infiammazione del corpo cigliare, o della casula e poichè tali organi non partecipano quasi mai dell'infiammazione in caso di oftalmia esterna, ma piuttosto in caso d'iritide, così è raro il caso in cui Cateratta vera infiammatoria.

l' oftalmo blennorrea produca la cateratta, bensì l' iritide, ed anche l'oftalmoblenorrea cronica diventata profonda in caso di panno inveterato della cornea, qualche volta si vede cessare dopo esser penetrata nelle più interne parti dell' occhio, ed allora finisce dando sviluppo alla formazione di una cateratta vera infiammatoria.

Aspetto di questa cateratta e sua tessitura.

§. 4. Questa cateratta và spesso congiunta a qualche residuo di oftalmoblenorrea, e anche d' ipopio; ma per lo più è complicata con cateratta spuria, e con sinizesi: può per altro trovarsi anche sola, il suo colore è cinereo biancastro, è assai trasparente in guisa, che se vi è igieneurosi l' uomo discerne molti corpi, e venendosi all' estrazione troviamo, quasi sempre la lente albuminosa ed il suo nucleo addensato, e la casula molto tenace membranosa, ed ingrossata talchè lasciandola è facile, che ritorni al suo posto dopo l' operazione, ed occupi la pupilla formando una cateratta secondaria perchè il corso dell' infiammazione addensa, e rende ognor più tenaci le varie parti della casula.

Altre cause della infiammatoria.

§. 5. Altre fiate la *cateratta infiammatoria* dipende o da iritide sifilitica, o da oftalmia cronica, o vajolosa, o morbillosa che hanno determinato qualche grado d' iritide, e che finiscono sovvente alterando l' organo cristallino.

Cateratta infiammatoria da vajuolo incompleta.

§. 6. Qualche volta la *cateratta vajolosa infiammatoria* è molto imperfetta perchè l' infiammazione non ha prodotto, che due o tre macchiette tondeggianti picciolissime sulla casula, e nondimeno la percezione suole essere molto imperfetta: perchè l' oftalmia vajolosa attaccando quasi sempre i vasi della coroidea porta un vizio alla retina ed ai nervi cigliari, e perciò le cateratte infiammatorie consecutive all' oftalmia vajolosa vanno quasi sempre congiunte a qualche grado di paralisi.

Cateratta da vajuolo completa; e tremula, ed ambo - siliquata.

§. 7. Allorchè la *cateratta infiammatoria da vajuolo* è completa e non parziale essa ha quasi sempre l' aspetto di arido-siliquata, suole essere tremula perchè l' organo cristallino è atrofiato più o meno e presenta una superficie molto aggrinzita; color giallognolo tendente al bianco matto di calce viva, con macchiette tondeggianti brune, e giallette; questa cateratta è molto diafana in guisa, che se vi è semi-ambliopia, o igieneurosi la percezione residua è notabilissima; e nell' atto dell' estrazione troviamo in-

crespata tenace, ed alquanto grossa la casula, e duretta come una membranella, l' umore di Morgagni manca, o è addensato, la lente quasi non più si trova, e qualche volta ne rimane unicamente il nucleo color di caffè chiaro, esso è tenace come una cartilagine, e le sue laminette esterne sembrano una gomma disciolta oppure un' albumina molle.

§. 8. Non di rado si è osservato, che sul terminare dell' eruzione vajuolosa sorge un' oftalmia, la quale attacca l' iride, e la coroidea, e divenuta presto cronica finisce lasciando qualche vizio alla retina ed alla casula del cristallino, o anche alla lente ed è la causa della cateratta più sopra descritta, che può dirsi arido-siliquata da vajuolo.

L' oftalmia è causa della cateratta.

§. 9. In caso di cateratte le quali abbiano avuto origine dalla oftalmia vajuolosa di sopra indicata rare fiate si trova l' igieneurosi; ma se mancassero i segni dell' ambliopia, o se vi fosse il solo battito delle palpebre si potrà lusingarsi di trovare la semi-ambliopia, quando poi vi fosse il movimento ondulatorio del globo dell' occhio non si potrà molto sperare.

L' igieneurosi è rara, ma sovvente si trova l' ambliopia.

§. 10. Analoghe alle di sopra indicate sono le cateratte dipendenti da morbillo, ma assai più rare, ed io non mi ricordo averne osservato, che un solo esempio.

Da' morbillo rare volte si forma.

§. 11. Più frequenti sono le cateratte infiammatorie da sifilide, fra le quali comprendo altresì le cateratte infiammatorie da idrargirosi perchè è questa una conseguenza della sifilide mal curata; è però degno di avvertimento, che tali cateratte sono la conseguenza di un' iritide, o sifilitica, o idrargirica, e che raramente si trovano senza complicazione di cateratta spuria, e di atresia; quanto alla loro forma, o sono in tutto simili alla *cateratta arido-siliquata* da vajuolo, o a quella infiammatoria da oftalmoblenorrea cronica; in questi casi è raro, che non vadano congiunte con paralisi, ma però ne ho avuto degli esempj in cui si trovava l' igieneurosi; se i nervi sono alterati il male progredisce tanto che la cateratta diventa galleggiante, ed anche si distacca e cade nella camera anteriore facendosi di color giallo, come una corteccia di limone, i nervi passano allo stato di amaurosi, e da ultimo tutto l' occhio passa a stato di atrofia.

Cateratte infiammatorie da sifilide, ed idrargirosi.

Origine delle cateratte da metastasi.

§. 12. Le *cateratte da metastasi* sogliono dipendere da una metastasi per effetto, o di un' erisipela retropulsa, o di un tifo bilioso mal risoluto, ed in questi casi, che sono rarissimi precede quasi sempre l' iritide, e l' ipopio, che poi finisce coll' infiammazione della casula, e coll' atrofia dell' organo cristallino, ma d' ordinario vi è la cateratta spuria, e l' atresia. Ho veduto come più sopra un esempio di cateratta metastatica per arresto di latte determinato in una donna allattante da forte patema d' animo, e la cateratta aveva un color di latte, la casula era membranosa, e l' umore del Morgagni sembrava una goccia di latte, il corpo della lente era molle albuminoso. Ho osservato varj casi di cateratte formatesi dopo il tifo bilioso in persone assai giovani e la cateratta nell' aspetto, e nella sua composizione era simile alle albuminose; ma la casula era tenace, e sembrava che avesse sofferto un corso d' infiammazione.

Cateratte traumatiche.

§. 13. Finalmente le *cateratte traumatiche* sono di varie forme e variano secondo la qualità delle ferite, che le hanno prodotte, e fra queste si comprendono le cateratte secondarie descritte nel II. libro p. 90 e seguenti.

Forma delle cateratte prodotte da ferite di strumenti pungenti.

§. 14. Le *cateratte traumatiche* prodotte da ferite con istromenti pungenti sogliono ridursi a semplici cateratte casulari perchè questa parte si fa grossa, opaca e membranosa a causa dell' infiammazione, e tutto il cristallino viene assorbito per effetto di disorganizzazione, se per altro il nucleo fosse stato alquanto solido prima della ferita; allora diventa secco picciolo, e sembra una picciola cartilagine nuotante in una sostanza albuminosa ed attaccata alla casula. Qualche volta queste cateratte si vanno formando sotto l' azione di un iritide traumatica lenta, e vanno unite alla cateratta spuria con sinizesi, ed a qualche grado di paralisi per effetto dell' infiammazione, che arriva ad attaccare la coroidea (vedi. lib. II. pag. 96.).

Le cateratte dipendenti da convulsioni possono dirsi traumatiche.

§. 15. Io riguardo come *traumatiche* altresì quelle cateratte che dipendono da convulsioni violente del capo o ne' bambini affetti da lumbricoidi, o nelle giovani attaccate da grave isterismo o in qualche bambino affetto da idrocefalo poichè dipendono da rottura della casula, e disorganizzazione della lente simile a quella che osservasi dopo le ferite.

§. 16. Queste poco differiscono dalle *cateratte traumatiche*, le quali vengano prodotte da contusioni, come sarebbe un pugno, un colpo di bastone, o uno schiaffo, e variano egualmente di aspetto e di forma, e si trovano più, o men complicate a norma della condizione in cui trovavasi l'occhio e dell' effetto, che le contrazioni vi hanno prodotto.

Simile alla cateratta da contusioni.

§. 17. Se la scossa da cui deriva la *cateratta traumatica* ha cagionato semplice distacco della lente, questa passa allo stato di atrofia, le sue esteriori laminette si spappolano, ed il nucleo si agglutina alla casula; la quale per lo più si fa tenace per un corso d' infiammazione traumatica.

Quando staccasi la lente, e si fa atrofica.

§. 18. Se vien distaccata porzione della casula da' legamenti cigliari esce l' umore di Morgagni, la lente si fa atrofica, e la cateratta suol prender l' aspetto di arido-siliquata, e somiglia all' arido-siliquata da vajuolo o da convulsioni, ma non è complicata con vizio nervoso.

Cateratta arido-siliquata per un colpo ricevuto.

§. 19. Se la ferita arriva a far cadere il nucleo della lente nella camera anteriore, perchè sia stata rotta gran parte della casula, in questo caso sorge iritide lenta fomentata dalla molestia, che la lente essendo compatta eccita sull' iride per la sua mole, e durezza, e vi è pericolo di atrofia di tutto l' occhio: ma se venga praticata l' estrazione in tempo si troverà la cateratta dura ingrossata, ed i nervi indeboliti per causa dell' iritide, come nello scorso anno 1826 abbiamo notato in clinica nel caso di *Vito Aleretti* presentatosi in marzo. Costui avea ricevuto uno schiaffo per cui la casula erasi distaccata da' legamenti cigliari della parte inferiore, e la lente era venuta a cadere nella camera anteriore rimanendosi attraverso la pupilla tutta avviluppata dalla sua casula, il giovane soffriva una crudele iritide in conseguenza della molestia portata dall' organo cristallino, che da tre settimane non poteva mai cessare, e tutta la casula vedevasi gialla ingrossata, ed irrigata da molti vasellini sanguigni: non potendosi in nessun modo far cessare i gravi dolori per via de' mezzi soliti a curare l' iritide mi determinai a praticare l' estrazione anteriore, e trovossi l' organo cristallino tutto ingrossato e quasi osseo, e mediante l' indicata operazione si giunse a restituire la calma all' occhio, e conservarne l' aspetto esteriore quantunque restassero deboli i nervi, e quindi anche la vista per la sofferta iritide.

Se cade la lente nella camera anteriore eccita iritide ed atrofia.

Se la lente fosse stata molle.

§. 20. Se la lente, e le casula di Vito Aleretti fosse stata di una tessitura mollissima si sarebbero disciolte nell' aqueo della camera anteriore senza nè indurarsi, nè portare irritazione, e la cateratta sarebbe scomparsa rimanendone tutto al più la casula albuminosa, e scorgendosi ondeggiante l' iride, come suol essere dopo l' ecraxis.

Cateratte nelle isteriche.

§. 21. Le cateratte traumatiche prodotte da convulsioni isteriche presentano uguali condizioni, come quelle dipendenti da un colpo ricevuto, o da ferite, e ne ho curato felicemente più d' una in certe giovani isteriche, essendo l' occhio in istato d' igieneurosi, erano queste o semplicemente casulari, o di una forma arido-siliquata perchè il corpo cristallino, o era in parte atrofico, o era stato interamente assorbito, e la casula nel primo caso era diventata *arido-siliquata* e nel secondo rimaneva liscia, e costituiva l' intera cateratta accompagnata da quella ondulazione dell' iride, che osservasi ne' casi di cateratta secondaria.

CAPO V.

Intorno alle forme, che si scoprono nelle cateratte mentre si pratica l' operazione.

Opacità osservata nella sola lente e viceversa.

§. 1. Dalla descrizione delle cateratte finora esposta s' intende che variano molto riguardo alla loro composizione, ed origine; ma oltre le descritte varietà ho anche osservato, che la sola casula era opaca e tenace restando sana la lente, ed altre volte il solo nucleo era opaco, e la casula era sana, e diafana; in quest' ultimo caso però l' oculista riconosce l' opacità incompleta, e giudica sana la casula perchè la cateratta si mostra più profonda, e più lontana dal margine pupillare che negli altri casi.

Classificazione utile a regolare la diagnosi, la prognosi, ed il metodo dell' estrazione.

§. 2. L' esposta classificazione servirà nella pratica non solamente a dar pruova di molta dottrina ed a regolare la prognosi; ma altresì a regolare l' esecuzione delle operazioni. Ho per esempio indicato più sopra che la cateratta arido-siliquata riguardata

anche da Gio. Adamo Schmidt, come una sola specie può derivare o da paralisi, o da infiammazione vajuolosa, o da contusione violenta, o da interne convulsioni, e che fra tutte queste la più semplice suole essere quest' ultima specie, quindi si potrà agire con prognosi favorevole, perchè non và quasi mai unita a paralisi, ma la vajuolosa per lo contrario và congiunta sovvente a vizio de' nervi.

Perchè si debba modificare l'operazione a tenore dello stato delle parti componenti la cateratta.

§. 3. Dopo avere attentamente esaminato le cateratte e stabilita la esposta classificazione sono pervenuto a pronosticare quasi con sicurezza lo stato delle parti componenti l' organo cristallino, ma il grado di durezza, e di densità della casula non posso quasi mai pronosticarlo, e sono perciò costretto a modificare il processo dell' operazione nell' atto dell' ecraxis a norma dello stato in cui si trovano le parti; nè sarà prudenza render generali que' metodi la riuscita de' quali dipende dalla natura della cateratta, e che non possono cambiarsi quando troviamo una casula più o meno tenace per addattarli al bisogno.

Varietà del volume, che osservasi riguardo al cristallino.

§. 4. Circa al volume delle cateratte notasi, che le arido-siliquate, e le atrofiche sono picciole, ma le albuminose e le dure sono voluminose, ed in generale quando vi è diminuzione di volume nel cristallino la cateratta è sempre tremula a motivo, che la parte fluida del vitreo viene ad occupare il posto delle parti distrutte per l' assorbimento.

Varia forma della casula, e sua influenza nella formazione della cateratta secondaria.

§. 5. La casula suole essere alquanto arida, e poco tenace nella cateratta senile atrofica, nella albuminosa è molle e nella atrofica da paralisi sembra una gomma sciolta nell' acqua; talchè in questi casi riesce quasi sempre poterla distruggere appena si tratta coll' ago da depressione, ma nell' albuminosa, e nella dura senile, come anche ne' casi d' infiammazione portatasi alla casula, e ne' casi di cateratta arido-siliquata la troviamo sovvente così tenace e dura, che dopo essere stata squarciata, o anche distaccata dalla zona cigliare si presenta dietro la pupilla come una membrana tenace, e nuotante nel vitreo, e per alcun tempo si nasconde dietro l' iride, ma poi scende facilmente ad occupare la pupilla, e si ricompone di bel nuovo formando una cateratta secondaria.

Influenza della forma della casula nella riuscita delle operazioni.

§. 6. Queste varie modificazioni della casula influiscono alla formazione della cateratta secondaria ne' casi di depressione, e richieggono molta cura nella pratica dell' estrazione anteriore; poichè bisogna impadronirsi del centro della casula, e portarla via, o metterla tutta in pezzi, o almeno farvi un' incisione, che rappresenti un angolo ottuso col vertice in alto, e faccia cadere in basso tutto il centro di essa (Vedi Tav. IV. Fig. 1.); e sono queste le varietà principali, che si presentano nell' ecraxis.

CAPO VI.

Applicazione de' precetti generali.

Allontanamento della cateratta, ossia ecraxis.

§. 1. La cateratta impedisce la pupilla, e perciò deve esserne allontanata; le regole da tenersi onde conseguire questo fine costituiscono oggi un trattato, il quale mi è sembrato opportuno intitolarlo *ecraxiologia*, da εκ che significa allontanamento ῥαξις, che in composizione vuol dire rottura del cristallino, ossia cateratta, e λογος ragionamento, poichè si ragiona sull' allontanamento del cristallino rotto, e disorganizzato.

Cosa s' intende per organo cristallino.

§. 2. Da quanto ho detto ne' capi anteriori s' intende, che la cateratta è una disorganizzazione la quale può aver sede, o nella casula anteriore, o nell' umore di Morgagni, o nella lente detta anche cristallino, o nella casula posteriore; l' organo poi che risulta da queste quattro parti prese insieme, io lo chiamo per maggiore intelligenza organo cristallino, sicchè potremo dire, che l'opacità o parziale, o totale dell' organo cristallino costituisce la cateratta.

I quattro precetti generali esposti per la coropeja servono anche per l'ecraxiologia.

§. 3. Noi allontaniamo la cateratta dalla pupilla, e quando pratichiamo la depressione, e quando facciamo l' estrazione. Ora incomincierò a spiegare quest' ultimo metodo, che forma la parte più utile della ecraxiologia, e prima di tutto parlerò dell'applicazione da farsi de' quattro precetti generali nei casi di cateratta, già spiegata nel lib. II. pag. 110. trattando della coropeja.

Il terzo precetto devesi dilucidare.

§. 4. Il precetto primo servirà senza altro cangiamento, il secondo merita un'aggiunzione riguardo all'armamentario, ed il terzo deesi

dilucidare, affinchè l'oculista possa riconoscere lo stato de' nervi anche ne' casi di cateratta.

§. 5. La sola aggiunzione da farsi all' armamentario consiste in due stromenti. Il primo destinato a recidere la casula venne perciò nominato da' maestri dell' arte cistotomo, il secondo è il cucchiajo di Dawiel, e questi potrebbero collocarsi fra gli stromenti della quarta classe (Vedi lib. II. pag. 114.); l' istromento, che d'ordinario ho impiegato per cistotomo è un' ago lanciato, ora però mi servo utilmente di un'aghetto angolare rappresentato Tav. III. Fig. 5. oppure del mio istromento a pinzetta che nomino distruttore della casula Vedi Tav. VI. Fig. 5.

Aggiunzioni da farsi all'armamentario.

§. 6. Il cucchiajo di Dawiel riesce utilissimo a portar via la casula quando è molle, nè possa afferrarsi mediante le pinzette, vedesi questo rappresentato nella Tav. III. Fig. 2.

Uso del cucchiajo di Dawiel.

§. 7. Lo stato contro-indicante ne' casi di cateratta è molto analogo a quello descritto in caso di atresia, e perciò l'oftalmia grave, l'iritide, l' oftalmoblenorrea saranno d'impedimento, ed in caso di flusso palpebrale non si potrà trascurare quel tanto, che ho spiegato doversi fare in caso di atresia congiunta al flusso palpebrale. È degno di osservazione fra le annotazioni cliniche del 1826. il caso di quella cateratta traumatica, nel quale si è dovuta praticare l' estrazione per far cessare la grave iritide. Ciò venne osservato nel caso in cui la cateratta era stata prodotta da uno schiaffo, che avea causato il distacco della casula da' legamenti cigliari della parte inferiore, e la lente era caduta nel foro della pupilla irritando l' iride detto più sopra nella persona di Vito Alcretti, e si notò, che l' operazione fece terminare con prontezza l' iritide.

Infiammazioni, che possono controindicare l' operazione, e caso d' iritide nel quale venne praticata l' estrazione, onde portar la calma.

§. 8. Ne' casi di cateratta secondaria sarà sempre ottimo consiglio lasciar decorrere molto tempo dopo la prima operazione affinchè cessi interamente l' iritide lenta, che può aver luogo siccome è spiegato nel lib. II. pag. 90 e 93 e come si vide nei casi di Morione, e di Pica riportati ivi pag. 230 e 240.

In caso di cateratta secondaria bisogna far cessare l'irritazione prodotta dalla prima operazione.

§. 9. Quando poi la cateratta non fosse congiunta a segni d'infiammazione si potrà eseguire l' operazione purchè i nervi sieno in tale stato, che possano servire a riconoscere gli oggetti, il quale da noi si chiama igieneurosi.

Quando manca l' infiammazione richiedesi l' igieneurosi.

Casi in cui non si deve tentare l' operazione, e casi dubbii.

§. 10. Ne' casi d' igieneurosi io riguardo come un dovere per l'oculista tentare l' operazione, ma ne' casi di evidente amaurosi sarà quasi direi un delitto tormentare un infelice, e dispendiarlo, conoscendosi impossibile la riuscita: nella semi-ambliopia nervosa e anche nell' ambliopia si può per altro tentare l' operazione con probabilità quando maggiore, e quando minore.

CAPO VII.

Come si possa riconoscere lo stato de' nervi.

Esame da farsi circa lo stato dei nervi in caso di cateratta.

§. 1. Ho spiegato nel trattato della corotecnia (lib. II. cap. VII. pag. 135.) quale sia lo stato de' nervi nell' igieneurosi, nell' amaurosi, nell' ambliopia, e nella semi-ambliopia. Ne' casi di cateratta vera abbiamo il vantaggio, che il margine pupillare non trovandosi vincolato possiamo giudicare dello stato de' nervi da' movimenti dell' iride, e dalla posizione della pupilla; cosa, che non si può fare nell' atresia trovandosi questo chiuso e vincolato.

Vista residua, che osservasi in caso di cateratta.

§. 2. Ne' casi di cateratta con igieneurosi la facoltà di vedere suole essere più impedita, che ne' casi di atresia, talchè l' uomo discerne men chiaramente i corpi avvicinati al suo occhio. Quando per altro la cateratta sia incompleta, o macchiata di tinta fosca, l'occhio discerne molti oggetti posti in vicinanza, qualunque volta i nervi sieno sani, le cateratte meno trasparenti sono quelle che hanno tinta di calce viva, quelle di un color bianco giallognolo, e le albuminose, ma anche in questi casi se i nervi saranno sani l'uomo dovrà riconoscere prontamente il bianco di un fazzoletto, ed il rosso di un portafoglio presentati vicino all' occhio in una luce viva, e favorevole, e per tal ragione qualunque volta egli restasse dubbioso, e dicesse, che il portafoglio rosso gli è sembrato lucido come un metallo e nerastro, vi sarà dubbio, che i nervi sieno alterati, e vi sarà molto a temere della paralisi.

De' casi in cui il volume dell' organo cristallino è diminuito, la percezione deve esser facile.

§. 3. Crescerà il sospetto della paralisi e mancasse la percezione indicata in tutti i casi di cateratta incompleta, o di cateratta con macchie fosche, siccome ancora nella cateratta atrofica; perchè in

questi casi, o il volume dell' organo cristallino è diminuito, oppure si conserva in parte la sua trasparenza, e perciò l' uomo discerne molti oggetti.

§. 4. Quando la cateratta è delle meno opache l' uomo non solamente potrà riconoscere il color rosso di un portafoglio; ma altresì l' incarnato di una mano posta sopra un fazzoletto bianco alla distanza di uno, o due piedi dal suo occhio, ed in una luce favorevole. Grado di percezione in questi casi.

§. 5. In tutti i casi di semi-ambliopia ad onta della cateratta l' uomo distingue il color rosso vivo situato opportunamente, e ne' casi di ambliopia lo riconosce a stento; ma non potrà, quasi mai discernere l' incarnato d' una mano dal bianco, nè il celeste dal verde, nè il verde bottiglia dal blò, nè il blò fosco dal nero. Se dunque ad onta della cateratta potess' egli discernere le indicate gradazioni delle tinte vi sarà ragione di giudicare esservi l' igieneurosi; ma se la percezione di tutti questi gradi mancasse purchè la cateratta fosse molto densa non si potrebbe abbandonare la speranza di trovar l' igieneurosi; la distinzione precisa de' corpi bianchi, e de' rossi si deve conservare in tutti i casi d' igieneurosi, ed anche di semi-ambliopia; ma ne' casi di ambliopia quasi sempre l' uomo giudica roseo il color rosso, oppure riconosce nel marrocchino una lucentezza metallica, e confonde il bianco di un fazzoletto collo splendore di una fiaccola, talchè suol giudicarlo non già un corpo bianco, ma un lume debole, oppure un corpo lucente che si muova. Residui di vista che provano l'igieneurosi.

§. 6. Bisogna dunque portare la massima attenzione a tutti que' segni i quali sogliono trovarsi ne' casi di ambliopia, e di semi-ambliopia, onde riuscire a discernere fra loro questi due gradi della paralisi, poichè l' amaurosi è da per se facile a conoscersi, mentre l' occhio in tale stato non discerne neppure la luce dalle tenebre. Facilità di conoscer l' amaurosi.

§. 7. In tutti i casi in cui la cateratta và congiunta con amaurosi, o con ambliopia sarà inutile tentare l' operazione, e soltanto si potrà questa intraprendere con utilità quando vi sia l' igieneurosi, oppure la semi-ambliopia perchè in questi casi ordinariamente l' infermo acquista un grado di vista, che gli è sufficiente a re- Casi d' operazione.

golare i suoi passi, ed alle funzioni della vita volgare. In caso di semi-ambliopia gli occhiali da cateratta non rendono perfetta la vista, la vista è debole; ma l' uomo ne acquista qualche grado, e qualunque grado di miglioramento merita esser valutato moltissimo.

I molti indizj accumulati provano l' ambliopia.

§. 8. I segni dell' ambliopia e della semi-ambliopia si possono raccogliere mediante un diligente esame, ed allorquando molti di questi indizii vadano accumulati in un soggetto sarà giusto temere l' ambliopia, quando pochi indizii si osservino si potrà giustamente sperare di trovar la semi-ambliopia.

Casi in cui vi è ragione di dubitare di qualche grado di debolezza.

§. 9. Quando la cateratta sia stata preceduta da un oftalmia vajuolosa vi sarà sempre ragione di temere qualche grado di debolezza nel sistema nervoso, e così allorquando siasi formata senza cause traumatiche in persone giovani, o quando sia conseguenza di un' iritide, e vada congiunta ad irregolarità della pupilla, e ad un versamento del pigmento nero, che nel corso dell' iritide siasi staccato dall' uvea per cadere sulla cateratta. Le persone affette da grave miopia congenita vanno sottoposte di frequente alla cateratta atrofico-albuminosa, che per lo più si mostra ad un solo occhio è di un color bianco cinereo, e suole derivare da atrofia del cristallino, la quale formasi quasi sempre dopo l' ambliopia amaurotica.

Casi di ambliopia o di amaurosi costante.

§. 10. Talune fiate la cateratta si presenta dopo una grave iritide cronica, e prende un colore olivastro; oppure un colore giallo di zafferano, in questi casi vi è sempre o l' ambliopia, o l'amaurosi, che dipende da essersi propagata l' infiammazione dall' iride fino alla retina.

Condizioni sfavorevoli.

§. 11. Se dunque avrà preceduto il vajuolo, o se l' iritide sia stata grave, fosse questa dipendente da cause traumatiche, oppure da sifilide, o da idrargirosi, o dall' artritide; sempre vi sarà dubbio per lo stato de' nervi ancorchè l' occhio infermo potesse distinguere con prontezza il bianco ed il rosso.

Altri segni di vizio nervoso.

§. 12. I nostri dubbj cresceranno quando la cateratta si mostrerà in un uomo affetto da grave miopia congenita, e da strabismo, oppure in un uomo assai vecchio, il quale sia stato attaccato da cateratta cornea; anche in questo caso crescerà il dubbio se nel-

l'occhio vi fosse strabismo. Qualche volta la cateratta cornea diventa opaca nella casula, ed allora prende la tinta cinerea, che sogliono avere le cateratte senili albuminose; ma in questi casi quasi sempre si nota che la vista è stata perduta innanzi, che si presentasse la cateratta, o almeno esisteva una cateratta cornea con tutti i segni dell' ambliopia, quantunque l' uomo vedesse i corpi bianchi e rossi posti in una situazione favorevole.

§. 13. Ma gl' indizii, che più servono di norma agli oculisti sono i movimenti della pupilla, siccome a tutti è noto. Avvertasi per altro, che qualche volta la pupilla ne' vecchi è ristretta, e quasi immobile, quantunque essi veggano con perfetta distinzione, e lo stesso può accadere quando esiste la cateratta; cioè vi può esser l' igieneurosi, e non di meno la pupilla sarà ristretta, e poco mobile, in questi casi vi è però sempre un movimento benchè picciolo, ma regolare; mentre per lo contrario, qualche volta l'iride si muove; e la pupilla si restringe, e si allarga mirabilmente, quantunque vi sia l' amaurosi o l' ambliopia; in questi casi l' attento osservatore potrà accertarsi, che vi sono i movimenti falsi della pupilla, cioè la pupilla si allarga nella viva luce, invece di restringersi, e così viceversa.

I movimenti della pupilla debbono esser giusti, e non falsi.

§. 14. Ho indovinato in molti casi lo stato de' nervi dalla semplice osservazione dell' iride. Un pratico esercitato subito conosce la forza nervosa guardando l' iride. Ne' casi di cateratta spuria combinata colla cateratta vera la precceduta iritide rende l' iride floscia, convessa, e di una tinta olivastra, che dipende dacchè tutta l' iride è tapezzata di linfa addensata: in altri casi l' iride acquista un aspetto fosco, il quale dipende dall' essersi rilasciate le sue fibre per la mancanza del movimento, e per essersi quasi direi disfatte le sue pliche; allora l' occhio acquista una tinta cupa ch' io la riguardo, come segno di un' occhio morto ossia paralitico. In questi casi vi è quasi sempre il battito delle palpebre ragione per cui la debolezza de' nervi io la riconosco alla distanza di 15 ed anche venti piedi dalla persona, la riconosco altresì dal modo di portar la testa storta, e dalla guardatura bieca, che è propria degli amaurotici, e perciò tante volte la ho riconosciuta a distanze notabilissime.

Iride floscia e levigata indica vizio nervoso, tinta dell' iride, e battito.

Il moto ondulatorio è indizio di ambliopia.

§. 15. A questi segni devesi aggiugnere, che se mai vi si trova combinato il movimento ondulatorio del globo dell' occhio, questo và sempre unito colla ambliopia amaurotica, o coll' amaurosi.

Esame dell' aspetto dell'occhio, e della forza visiva.

§. 16. Ecco dunque in che modo io istituisco l' esame di un uomo affetto da cateratta, osservo prima se vi sia strabismo, e battito di palpebre o ondulazione del globo dell' occhio, e dopo esamino la tinta dell' iride, il colore della sclerotica; le pliche dell' iride, la situazione della pupilla, la sua forma, i suoi movimenti e se questi sieno regolari, allora esamino la residua forza visiva.

Molti indizj provano l'ambliopia, e pochi la semi-ambliopia.

§. 17. Se molti indizii sfavorevoli si trovano accumulati, allora dichiaro l' ambliopia, se ve ne sono pochi il mio pronostico è per la semi-ambliopia, se tutti questi indizii, sono buoni allora il mio pronostico è favorevole potendosi sperare l' igieneurosi.

Casi d'igieneurosi.

§. 18. Ne' casi d' igieneurosi adunque non vi è battito delle palpebre, nè strabismo, nè ondulazione del globo dell'occhio, l' iride forma un piano, e non una convessità, entro l' umor acqueo, la pupilla è centrale, i suoi movimenti sono regolari, la sua forma è circolare, e l' occhio ad onta della cateratta, anche biancastra, e densa potrà distinguere molti oggetti situati in una posizione favorevole, singolarmente il bianco, ed il rosso, e se poi la cateratta fosse giallastra, o nebulosa, o arido-siliquata distinguerà altresì le tinte deboli.

Segni della semi-ambliopia.

§. 19. Se vi fosse battito dalle palpebre, o strabismo o movimenti irregolari dell' iride, o situazione eccentrica della pupilla o iride floscia; e convessa, o difficoltà di percezione, allora vi sarà a temere una semi-ambliopia; quale poi ne sarà il grado è quasi impossibile calcolarlo prima dell' operazione.

Segni dell' ambliopia.

§. 20. Formano in fine caratteri dell'ambliopia il movimento ondulatorio del globo dell'occhio, la complicazione di molti de'sopranotati segni sfavorevoli e la difficoltà a riconoscere la luce, ed i corpi, o rossi, o bianchi; se presentandosi un corpo bianco bene illuminato l' infermo non vedesse altro, che un chiarore incerto, allora vi sarebbe ragione di temere l' ambliopia, e singolarmente se la cateratta fosse o parziale, o nuvolosa, o cornea, o arido-siliquata, o secondaria, o tremula.

§. 21. Quanto ho finora esposto serve a dilucidare, ciò che riguarda la diligente diagnosi ed a riconoscere lo stato de' nervi; ma sarà altresì utile che l'oculista prima d'intraprendere l'operazione riconosca se fia possibile, quale sia la cateratta ch' egli dovrà rimuovere, e sappia in che stato potrà egli trovare l'organo cristallino, a tale effetto ho spiegato più sopra alla pag. 36. e seguenti quali sieno i segni, per cui si distinguono le varie specie di cateratta; ma ciò, che più importa si è il sapere se la cateratta sarà voluminosa oppure picciola, se sarà dura oppure molle e se la casula sarà tenace quanto una forte membrana, oppure molle come una gelatina.

Devesi in oltre riconoscere la forma della cateratta.

§. 22. Queste cognizioni agevoleranno moltissimo l'oculista, che dovesse praticare l'estrazione anteriore; poichè se la cateratta fosse voluminosa, e dura, egli dovrebbe aprirsi più ampia strada nella cornea, onde farla passare, e se fosse molle potrà facilmente condurla fuori anche per una ferita minore, se sarà membranosa, e tenace la casula, egli dovrà porre ogni cura nell' afferrarla e portarne via la parte centrale mediante le pinzette, e così potrà regolare il processo operatorio in conformità del bisogno.

Regole pel processo dell' operazione in conformità della cateratta.

§. 23. Debbo dichiarare per altro, che dall' aspetto delle cateratte si potrà quasi sempre indovinare in quale stato si trovi l'organo cristallino; ma questo giudizio non servirà, che a premunire l'oculista, poichè non dovrà riguardarsi come infallibile, e bisognerà ricercarne la conferma indagando lo stato delle parti nell' atto di eseguire l' estrazione.

Bisognerà per altro indagare lo stato delle parti nell' atto dell'operazione.

§. 24. In generale possiamo stabilire, che la circonferenza della cateratta è proporzionata alla periferia della cornea, talchè se un uomo ha la cornea molto ampia, anche la cateratta è grande; circa poi alla durezza, le più dure, e cartilaginose sogliono essere le senili per induramento, e queste si formano lentamente, hanno una tinta per lo più giallognola, e vanno congiunte all'arco senile, le molli sono quelle albuminose, le quali per lo più si presentano in persone non molto decrepite, hanno una tinta bianco-cerulea, e mostrano una superficie convessa elavatissima; ed una tinta eguale non macchiata.

Aspetto delle cateratte, e lor volume.

§. 25. Tutte le cateratte, che dipendono, o da cronica infiammazione casulare, o da cause traumatiche, o da convulsioni, e le

Cateratte casulari indurate.

arido-siliquate, e le congenite, e le secondarie sogliono essere di minor mole delle cateratte albuminose e delle dure; ma presentano una casula assai tenace e simile ad una dura membranella; in guisa, che l'oculista dovrà porre la sua maggior cura nell'afferrare la parte centrale fermamente colle pinzette e portar via quanto più sarà possibile il centro della casula viziata, in tutte le cateratte, che presentano qualche aggrinzamento della casula, e massimamente nella cateratta arido-siliquata la casula trovasi ingrossata, e tenace ed è sovvente agglutinata al nucleo della lente in guisa che formano insieme una sola massa.

Scelta della stanza e posizioni già spiegate.

§. 26. Per riguardo alla scelta della stanza, e delle posizioni da dare all' infermo, ed all'assistente non ho che aggiugnere a quanto si trova spiegato nel lib. II. pag. 138. e seguenti. Cap. VIII.

Come si dovrà praticare l'estrazione.

§. 27. Io suppongo ora, che sia stato deliberato doversi allontanare la cateratta dalla pupilla per mezzo dell' estrazione anteriore, e che sieno state prese tutte le misure opportune alla riuscita dell'operazione e quindi spiegherò come si debba praticare l'estrazione.

PROBLEMA I.

Dato un caso di cateratta vera curabile praticare l' estrazione anteriore.

Reg. I. Dopo avere posto in esecuzione i quattro precetti generali di cui ho parlato, l' oculista praticherà mediante il coltello da cateratta un taglio, che divida esattamente la metà inferiore della cornea dalla vicina sclerotica.

Reg. II. Per l' apertura introdurrà il cistotomo, e farà un' incisione angolare nella parte superiore della casula, e contemporaneamente lacererà per quanto fia possibile la parte centrale di essa.

Reg. III. Dopo avere squarciata la casula nel modo indicato farà egli uscir fuori il nucleo della lente, e que' pezzetti di casula, che venissero a presentarsi in vicinanza ai lembi della cornea.

Reg. IV. Ciò fatto egli porterà via la casula, che rimanesse in tale posizione da potere ingombrar la pupilla, usando la pinzetta quando fosse dura e tenace, ed il cucchiajo se fosse molle, e se non rimanesse aria nell' occhio dovrà chiuderlo, in caso contrario la farà uscire.

CAPO VIII.

In cui spiegasi come si pratichi il taglio della cornea.

§. 1. Perchè il taglio della cornea riesca con tutta precisione bisognerà aver dato esecuzione a ciò, che di sopra ho spiegato, ed ai quattro precetti generali vedi lib. II. pag. 110 e seguenti, inoltre bisognerà attenersi strettamente a quanto ho spiegato nel lib. II. cap. IX. riguardo al taglio della cornea per l'ectomia con picciole differenze, che stimo a proposito di quì aggiugnere.

Avvertenze già spiegate riguardo al taglio della cornea.

§. 2. Il taglio da cateratta differisce da quello che si fa in caso di ectomia per la sua lunghezza, la quale deve puntualmente essere uguale a metà della periferia della cornea, altrimenti l'organo cristallino non potrà passare, che a stento, l'iride verrà contusa e tutto il rimanente dell'operazione riuscirà infelice.

Taglio per cateratta eguale a metà della periferia della cornea.

§. 3. Il sig. Beer era solito dire che nove decimi delle estrazioni mal riuscite dipendono da imperfezione del taglio della cornea, ed io mi sono convinto per via di moltissime osservazioni della verità di questa proposizione, e non dubito di asserire, che se in tutti i casi di estrazione potessimo distaccare col taglio la metà della periferia della cornea dalla sclerotica, quasi mai verrebbe a mancare il buon successo.

Il Sig. Beer diceva, che sovvente le operazioni mancano di effetto per aver fatto picciolo taglio.

§. 4. Ne'casi per altro di cateratta arido-siliquata, e di cateratta per atrofia, o per fusione dell'organo cristallino può bastare un taglio d'un ottavo più picciolo; ma sarà sempre ottimo consiglio aprire la cornea per quanto equivale alla metà della sua periferia, giacchè il taglio grande non potrà mai riuscire dannoso, anzi sarà utile.

In qualche caso si può fare un taglio minore.

§. 5. I nostri maestri erano quasi sempre infelici nella pratica dell'estrazione anteriore appunto perchè non praticavano mai, o quasi mai il taglio della cornea della forma, e lunghezza indicata più sopra, anzi non arrivavano mai che a praticare un taglio semilunare, val quanto a dire non dividevano la cornea dalla sclerotica ma vi facevano un taglio attraverso, locchè produce un'apertura troppo angusta.

Perchè i nostri maestri fossero infelici.

Il taglio sarà più ampio, quanto più marginale.

§. 6. Ognuno intende, che partendo da' due estremi opposti il taglio riuscirà più ampio se discenderà fino alla periferia della cornea, di quello che sarebbe allorquando passasse attraverso alla sostanza di essa senza giugnere alla sua periferia, (vedi Tav. III. Fig. 2 e 3. Tav. II. Fig. 4.).

Bisogna badare all' effetto delle contrazioni nell' atto dell' operazione.

§. 7. Bisogna dunque con tutta precisione eseguirlo; ma non già meccanicamente siccome taluni usano, i quali si occupano di fare il taglio a misura senza considerare i cangiamenti, che inducono nell' occhio, e senza aver riguardo allo stato delle sue varie parti in tutti i momenti dell' operazione, bisogna aver sempre in mira la reazione delle forze vitali, ed i cangiamenti, che subisce quest' organo ne' varj momenti dell' operazione per causa delle contrazioni muscolari.

Contrazione dannosa quando l' occhio si taglia meccanicamente.

§.8. Sarebbe facil cosa praticare un taglio di giusta misura quando senza grave danno dell' occhio si potesse comprimerlo, o afferrarlo e fermarlo, come si suol fare allorchè vuolsi trinciare un pollo; vi si conficca dentro una forchetta, onde tenerlo immobile, e poi si taglia; ma l' occhio si contrae sotto l' urto de' corpi destinati a fermarlo, e viene irritato da questi con grave suo danno.

La irritazione portata all' occhio è dannosa.

§. 9. Varj tentativi mi hanno chiaramente provato, che l' estrazione riesce tanto più felice in riguardo alle sue conseguenze, quanto meno si comprime, o si tormenta l' occhio sin dal principio del taglio e la ragione ci persuade facilmente di ciò, se consideriamo, che quanto più a lungo si tormenta un' organo sul quale debbasi praticare un' operazione tanto riesce più violenta la reazione, ossia l' infiammazione. Inoltre esaminando i movimenti, che hanno luogo nel corso dell' operazione si troverà, che la pressione determina una specie di contrazione ne' muscoli di quest' organo, assai dannosa, la quale molto influisce a far mancare il successo desiderato.

La sollecitudine delle operazioni mi è riuscita dannosa.

§. 10. Ne' primi anni della mia pratica io non usava tutto il necessario accorgimento e la opportuna leggierezza; eppure le operazioni mi riuscivano tanto sollecite, che più fiate, ne fui sorpreso io medesimo, e che dai meno sapienti venivano ammirate in un modo indicibile; ma i successi non erano molto felici ed ho conosciuto ben presto, che la sollecitudine dipendeva da una pressione, ch' io

esercitava colle dita sul globo dell'occhio, la quale lo faceva palpitare fortemente e determinava una sì violenta contrazione, per cui appena compiuto il taglio della cornea la lente si vedea precipitare fuori dell'occhio, ed una porzione del vitreo con essa ne usciva restando subito libera la pupilla; e sembrando a tutti, che tale operazione fosse la più felice, che si potesse ideare.

Perchè le operazioni troppo sollecite fossero molte volte infelici.

§. 11. In seguito ho notato, che queste operazioni precipitose venivano seguitate o da emorragia, o da gravi infiammazioni, o da cateratte secondarie, e conobbi, che sì tristi conseguenze erano derivate dal perchè il corpo cristallino spinto fuori precipitosamente dall'occhio schiacciava, e tormentava l'iride nel suo passaggio, qualunque volta la ferita o non fosse stata abbastanza ampia, oppure l'iride venisse spinta contro il dorso del coltello, che andava incidendo la cornea pria che fosse compiuto il taglio. Conobbi altresì che fatta la punzione, se l'oculista usasse tirare a se il ferro per terminare la ferita, e troncasse dirò così la cornea, egli in questo momento potrà avvedersi, che per l'urto esercitato dal vitreo dietro l'organo cristallino si viene a staccare da' legamenti cigliari la parte inferiore della casula, e nel mentre esce fuori il cristallino questa viene quasi sempre respinta in alto, lasciando passare la lente, e parte dell'umor vitreo nel qual momento si ritira e si nasconde dietro all'iride, che discende col suo margine pupillare perchè vi è spinta dal corpo della lente, che sta passando per la ferita.

Come si potrà eseguire lentamente l'estrazione anteriore.

§. 12. Se dunque avremo cura di non comprimere l'occhio, onde evitare le forti contrazioni de' suoi muscoli, e se nel compiere il taglio della cornea si procederà dolcemente strisciando, siccome ho spiegato nel lib. II. pag. 144 §. 7. si eviterà la rottura della casula, che poi si potrà aprire col cistotomo, e si potrà far passare lentamente il corpo cristallino rompendolo anche se fosse molle, dopo compiuto il taglio della cornea, e regolandone i movimenti in guisa, che l'iride non soffra, e si potrà opportunamente incidere la casula anteriore e tenerla di mira non permettendo, che quella venga respinta in alto dal corpo cristallino al momento del passaggio, e tirandola poi fuori, come spiegherò minutamente più sotto.

Come si possa eseguire il taglio della misura desiderata.

§. 13. Perchè il taglio della cornea riesca puntualmente della misura e della forma, che si desidera, l'oculista deve principalmente avere in mira di piantare il coltello sul margine di essa e dirigere la punta attraverso la camera anteriore in guisa che tutta la attraversi, e dovrà sempre mantener diretta la punta del coltello dirimpetto al luogo dove è penetrata, anzi più in alto perchè la cornea resti divisa per metà. È da sapersi che quantunque l'oculista mantenga la punta del coltello diretta contro il punto della cornea situato dirimpetto a quello dove egli ha cominciata la punzione, ciò non di meno sarà facile, che nel compierla questa si trovi più al basso, ed allora il taglio riuscirebbe troppo corto; ciò dipende dal perchè l'occhio non si può, nè si deve tenere compresso, e nell'atto che il ferro attraversa la camera anteriore colla sua punta esso eseguisce insensibilmente un moto di rotazione attorno al ferro, che lo trapassa, e viene spinto verso la parte superiore in guisa che la punta và a ferire la cornea mezza linea, ed anche più, al di sotto di quel luogo a cui si era diretta, e per evitare siffatto inconveniente sarà mestieri dirigere sempre la punta del ferro più in alto del punto a cui si vuole arrivare; perchè inevitabilmente si perde spazio nel far la punzione, e se per avventura si dividesse dalla sclerotica una porzione maggiore della metà della periferia della cornea non vi sarebbe verun danno a temere.

Osservazione di un caso in cui venne distaccata più che la metà della periferia della cornea.

§. 14. A proposito di questo avvertimento io mi ricordo, che nell' estate del 1813 a Cento ho eseguita l' estrazione anteriore nell' occhio sinistro di certo Luigi Cariani chirurgo, ed avendo trovato un' uomo fermo, ed un occhio di buona conformazione praticai la punzione con tanto impeto, che invece della metà, ben due terzi e forse più della cornea restarono separati dalla sclerotica: e veramente finita l'operazione, io dubitai della guarigione, poichè sembravami quasi impossibile, che la cornea si rimanesse a posto, e che la ferita potesse cicatrizzare sotto i movimenti inevitabili dell'occhio; ma il fatto dileguò ogni dubbiezza, e l' uomo fu guarito con mirabile felicità.

Come si debba portare il coltello nel fare il taglio.

§. 15. Nell' eseguire il taglio della cornea bisognerà sempre incominciar la punzione come ho spiegato nel §. 4 del capo IX libro II.

cioè piantar la punta in vicinanza al margine della cornea, e dirigerla verso l' iride finchè giunga nella camera anteriore; attraversata così la cornea si volga il ferro in guisa, che la lama sia parallella all' iride, e si spinga sempre innanzi la punta, che sarà volta in alto, onde aprire una grande ferita; così praticando si vedrà insinuarsi il coltello, come se fosse un cuneo destinato a seperare la cornea dalla sclerotica, e fatta la punzione si dovrà spingere la punta del coltello sempre in alto, e verso la radice del naso. È cosa degna da osservarsi, che molte volte, quando sia appena compiuta la punzione il coltello si trova tanto infossato che sembra inevitabile la ferita delle palpebre, e del naso del paziente, ma poi quando è compiuta siamo così padroni dell' occhio, che sebbene di sua natura fosse picciolo, ed infossato si potrà portare il coltello a fior d' orbita, onde evitare qualunque offesa delle vicine parti, e l'occhio seguiterà il coltello portandosi anch' esso all' infuori, ossia a fior d' orbita, benchè sia finita la punzione, locchè dà opportunità a compiere il taglio senza ferire le parti vicine all' occhio.

Come si debba regolare il taglio negli occhi globosi.

§. 16. Avvertasi però, che se si dovesse aprire la cornea di un occhio globoso non bisognerà tirare molto infuori l'occhio col ferro, oppure si dovrà ricondurlo sotto il livello delle palpebre tostochè sia compiuta la punzione, altrimenti metà dell' occhio, ed anche più troverebbesi all' infuori del margine palpebrale, e quando l' assistente abbandonasse la superiore palpebra si vedrebbe l' occhio esser compreso fra le due palpebre in guisa, che trovandosi aperta la cornea vi sarebbe a temere il vuotamento di una gran parte del vitreo.

Danno osservato in due casi di occhi globosi portati fuori dal livello delle palpebre.

§. 17. Io trovo registrati fra i molti casi di occhi globosi due ne' quali ho trascurato di ricondurre col ferro medesimo l'occhio sotto il livello delle palpebre e compiuto il taglio la palpebra superiore vi esercitò una pressione sì forte, che la lente si precipitò fuori dell' occhio, e con essa gran parte del vitreo, ed in questi due casi ho notato con rincrescimento, che il margine pupillare in quell' impeto del cristallino era disceso molto in basso, e rimanendosi l' occhio semi-vuoto la cornea si era mal ricomposta; locchè portò una atresia con sinechia in questi occhi perchè non ricondotti al

loro livello nel dar compimento al taglio, mentre l'altro del medesimo individuo avea felicemente ricuperata la vista; nè il difetto di questi attribuir potevasi ad altre cagioni.

Ho spiegato la direzione da tenersi col ferro.

§. 18. Nel dilucidare le regole per l'esecuzione del taglio della cornea ho indicato, che il coltello deve da principio dirigersi contro l'iride, poi si rivolgerà in direzione paralella alla sua faccia anteriore in guisa che percorra la camera anteriore senza offesa della membrana indicata, e da ultimo la punta dovrà attraversare la cornea nella parte opposta a quella dove è entrata, e dovrà essere spinta innanzi lentamente dirigendola in alto, ed all'infuori, onde compiere il taglio segando per così dire dolcemente la cornea, ed evitando l'offesa di tutte le parti che circondano l'occhio.

Figura, che indica la direzione del coltello.

§. 19. Il coltello dovrà dunque percorrere il suo cammino variando ad ogn' instante la direzione, locchè forma una difficoltà notabilissima nell'eseguire il taglio della cornea, e per ispiegare quel movimento, io sono solito presentare la figura, che si vedrà alla Tav. III. fig. 4., e sovvente ne' primi anni della mia pratica, io moveva la mano così tortuosamente immaginandomi di fare quel taglio descritto dal maestro Beer.

Necessità di dirigere il coltello verso l'iride nel principio del taglio.

§. 20. Se si trascurano le regole, che ho spiegato, qualche disordine sempre ne viene, per esempio se da bel principio il coltello si piantasse con direzione parallella all'iride il taglio della cornea riuscirebbe a sbieco, e quantunque al di fuori paresse grande, l'apertura riuscirebbe al di dentro angusta per dar passaggio alla lente, singolarmente in que' casi ne' quali la cornea o è molto grossa, o è poco convessa.

Perchè non convenga tirare a se il coltello e finir precipitosamente il taglio.

§. 21. Similmente se fatta la punzione si tirasse a se il coltello onde compiere sollecitamente il taglio, allora si staccherebbe improvvisamente la casula inferiore da' legamenti cigliari, e la lente si precipiterebbe fuori dell'occhio, movendosi una contrazione dannosa per una reazione eccitata dal taglio improvviso. Inoltre ho anche osservato, che in questi casi il taglio della cornea riesce in guisa, che attraversa la sua sostanza, e non discende regolarmente fino al suo margine inferiore; locchè rende men favorevole la ferita pel passaggio di una lente voluminosa, e fa sì

che si rimanga una cicatrice, la quale, come attraversa la cornea è visibile dopo la guarigione, e qualche volta ingombra parte della pupilla.

§. 22. Ho notato nella pratica dell' ecraxis, che siccome non sempre tutto può riuscire appuntino, per quanto l'oculista desidera vi saranno per altro i suoi vantaggi, quando anche il taglio non fosse giunto al margine inferiore della cornea; nè per questo difetto mancherà interamente il buon sucesso: per esempio nella maggior parte de' casi la lente esce più libera, cioè senza essere investita dall' iride, quando il taglio abbia attraversato la cornea ad una linea di sopra del suo lembo inferiore; perchè trovasi questo assai vicino al margine pupillare locchè favorisce a liberare la lente dall' iride, e per tale riflessione, io sono stato qualche tempo sul dubbio se meglio convenisse far passare il taglio attraverso alla cornea, o farlo discendere fino al suo margine inferiore; ma ho conosciuto, che in generale è sempre meglio farlo arrivare alla periferia inferiore della cornea perchè allora il taglio dà facile passaggio a qualunque voluminosa cateratta avendosi maggiore apertura in lungo, che per riguardo all' inviluppo dell' iride da questo è facile liberare la cateratta alzandola mediante il cistotomo che portasi all' incontro di essa. Si deve per altro por mente, che il taglio riesca lungo quanto si è detto, e che non sia fatto a sbieco; in qualche caso di cateratta molle mediocremente, io avea piantato il coltello a qualche distanza dal margine della cornea, ed era uscito colla punta troppo presto in guisa che il taglio sarebbe stato assai corto; ma poi avendolo fatto discendere fino alla periferia inferiore della cornea stessa si aprì tanto spazio, che la cateratta potè passare con felicità, ed il sucesso ottenuto fu buonissimo, io però mi era contentato del taglio descritto, che si vedrà rappresentato Tav. III. Fig. 1 perchè sapeva che la cateratta era o arido-siliquata, o molle e potea sperare di farla uscire per un taglio picciolo.

Vantaggio osservato quando il taglio non arrivi al margine inferiore della cornea.

§. 23. Sarà forse meravigliato il lettore a sentire, che per fare nella cornea un taglio di giusta misura si trovi tanta difficoltà, e singolarmente si meraviglieranno que' principianti, i quali abbiano fatto de' tentativi sul cadavere perchè la quiete, e la mancanza di reazione rende facile tal pratica sul cadavere. Ma bisogna considerare

La difficoltà di eseguire il taglio con precisione sembrerà esagerata ai principianti.

che l'operazione è sempre una specie di lotta nella quale dee vincere il chirurgo, e che le regole le più precise non si possono sempre eseguire appuntino, come si desidera perchè sono pratiche momentanee, e la rapidità, e qualche picciolo turbamento inevitabile tolgono sovvente la precisione desiderata.

Pericolo di ferire l'iride nel fare il taglio.

§. 24. Ciò che più rende incerta e difficile la riuscita del taglio della cornea si è il pericolo di tagliare, o ferire l'iride nel compiere il taglio, e tutti gli oculisti vogliono evitare con grandissima cura la ferita dell'iride, ed hanno proposto suggerimenti onde evitarla, se fia possibile; ma il più delle volte queste regole sono state poste in uso con danno dell'occhio, ed in generale posso accertare, che quanto più si teme di ferire l'iride tanto più è facile offenderla.

Mezzi inopportuni onde evitare il taglio dell'iride.

§. 25. È stato messo in uso da Lobestein un coltello convesso, come la cornea, credendosi evitare in tal modo la ferita dell'iride, ma questo difficilmente fa un taglio regolare, e lo stento inevitabile nel suo passaggio determina quasi sempre una contrazione dell'occhio, che spinge l'iride sul coltello con gravissimo danno e pericolo, il sig. Giuseppe Warner ha proposto un coltello concavo sul dorso, ma si è veduto, che per una parte questo coltello è troppo fragile, e per l'altra dove si rialza il dorso facilmente urta, e fa contusione nell'iride. Il sig. Beer suggerisce che se l'iride si presentasse sotto al coltello si sospenda l'operazione, e si porti il dito a comprimer la cornea, onde respingerla in dietro; ma nemmen questo ripiego mi è riuscito felicemente perchè nel comprimere la cornea ho respinto il coltello indietro, ed ho notato, che in quel momento il dorso di esso faceva una contusione assai dolorosa, e dannosissima all'iride.

Due ragioni che fanno riuscire la pratica raccomandata dal professore Beer.

§. 26. L'avvertimento del sig. Beer per altro riesce più utile che tutti gli altri; ma per quanto ho potuto conoscere la buona riuscita, quando si ottenga, dipende principalmente da due motivi, dalla sospensione dell'operazione che ha luogo; mentre si và col dito indice sulla cornea a comprimerla, questa sospensione dà quasi sempre il tempo necessario a far cessare lo spasmo, e la contrazione del globo dell'occhio, e l'altra utilità del suggerimento deriva dal perchè l'oculista non vedendo più l'iride che

temeva di tagliare, e sperandosi di averla respinta procede con tutta franchezza, e celerità al compimento del taglio, celerità, che giova sovvente a serbarla intatta.

§. 27. Ho conosciuto per molte pruove, che l'evitare con tanta cura la recisione dell' iride impedisce sovvente all' oculista di formare un taglio abbastanza grande nella cornea, e che la recisione dell' iride non è mai dannosa perchè anzi così si apre la via al passaggio libero della cateratta, e ponendo a calcolo i successi; ho veduto, che sono guariti con somma felicità quasi tutti coloro ne' quali l' iride è stata tagliata, mentre soffersero delle gravi, e dannose infiammazioni molti di quelli ne' quali l' iride era stata con difficoltà preservata.

successi felici notati quando l'iride è stata recisa.

§. 28. La ragione di tutto ciò chiaramente apparisce a chiunque consideri, che l' iride si può impunemente tagliare, e portar via come facciamo in tutti i casi di ectomia, e di dialisi, ma non deve esser contusa, ammaccata, o stritolata, perchè allora vi si determina un' infiammazione, i suoi nervi soffrono irritazione, molto sangue si versa nel di lei tessuto, e ciò dà origine, o all' emoragia, o all' iritide effetti egualmente rovinosi per l' occhio; chi ha veduto che i nervi del corpo umano, e tutte le parti le più sensibili possono tagliarsi impunemente; ma che non si potrà mai ammaccare, o contundere le dette parti senza pericolo di gravissimo danno; si persuaderà, che l' iride, può venir recisa, ed anche staccata dalla vicina coroidea senza pericoli; ma non può essere contusa da' nostri ferri, o spinta a ricever contusioni ed a striscìare contro il margine della cornea ferita senza grave pericolo.

Perchè l' iride non debba esser contusa nel momento dell'operazione.

§. 29. Dopo queste riflessioni, e dopo molte pruove di fatto, io non mi sono più occupato scrupolosamente di evitare la recisione dell' iride, ed in qualche caso di cateratta grossa, e dura, e di occhi infossati, ho anzi cercato portarne via un pezzo in vicinanza alla parte inferiore del margine pupillare tagliando così, e cornea, ed iride, e ne ottenni i più felici risultamenti; perchè tagliata l' iride è aperta la strada al passaggio della lente, e forse quel poco di sangue, che n' esce al momento dell' operazione la rende men sottoposta ad infiammarsi.

In certi casi ho cercato di tagliare l' iride.

Operazioni apparenten e ben riuscite.

§. 30. Dal fin quì detto si raccoglie perchè professori di abilità abbiano dichiarato che non vi è operazione più incerta di quella della cateratta, (vedi lib. I. pag. 210.) e che talvolta un' operazione eseguita secondo tutte le buone regole manca di successo, o porta un esito infelice, mentre per l' opposto un' operazione mal praticata può dare buoni risultamenti, ed io mi ricordo, che due abili medici molto istruiti nell' oftalmiatria ci raccontavano di aver veduto un' oculista ciarlatano, il quale tagliava gli occhi senza nessuna regola, e faceva, come essi dicevano cose orribili, niente curandosi di ferire e tagliare a pezzi l' iride con una temerità senza pari, eppure esaminando i risultamenti avean notato esser egli più fortunato di qualche altro dottissimo, e diligente operatore che estraeva le cateratte secondo tutte le regole dell' arte.

La deformità della pupilla è un difetto poco notabile.

§. 31. È cosa incontrastabile, che la recisione dell' iride induce una picciola deformità, ossia un prolungamento della pupilla, e toglie qualche cosa alla perfezione apparente a cui sempre mirar deve un buon pratico; e qualche volta io ben sò, che i miei avversarj hanno criticato una tale imperfezione in qualcuna delle mie operazioni, ma i miei infermi hanno risposto, che comunque fosse, aveano ricuperato la vista, e ciò loro bastava.

Non mi dispiace tagliar l' iride per evitare la perdita totale dell' occhio.

§. 32. Io per altro non raccomanderò di sempre tagliar l' iride anzi voglio evitare per quanto è possibile questa imperfezione; ma quando mi trovo nel bivio fra i dolori, o la perdita del successo desiderato a cui esporrei l' infermo, ed il prolungamento della pupilla, che può dipendere dalla recisione dell' iride, sempre mi porto a questo, e taglio l' iride con grande illarità ricavando anche da ciò un buon pronostico pel successo dell' operazione; io stò col proverbio che l' *ottimo è nimico del bene*. È anche da sapersi che allorquando si taglia l' iride non vi è quasi mai la consecutiva ernia, e che quest' ernia, come anche la caduta del vitreo, conseguenze che non è sempre in poter nostro evitare, cagionano esse pure la deformità della pupilla, che si è cercato evitare serbando intera l' iride, dunque gioverà esporci ad una picciola imperfezione le tante volte inevitabile a fine di ottenere il più importante oggetto della nostra operazione.

§.33. La deformità della pupilla prodotta dal taglio dell' iride è rappresentata nella Tav. VI. Fig.3. Per far conoscere, che questa è una deformità poco importante alla maggior parte degli uomini, e può dirsi esser piuttosto deformità per un' oculista, non già per le altre persone, basterà dire che si guardano d' ordinario gli occhi molto superficialmente, perchè ho conosciuto un signore, il quale avea guardato tutto il tempo di sua vita negli occhi di una bella dama senza essersi avveduto che le di lei pupille erano oblunghe, in vece di essere circolari, e quasi nessuno si accorge di quel fenomeno, che abbiamo sott' occhio alla giornata, cioè che le pupille si dilatano nella luce moderata, e si restringono nella luce viva; altri quantunque abbiano guardato con amore i begli occhi di qualche persona, e lungamente, ed in tutte le ore della vita non si sono mai accorti di ciò, e non lo rimarcano sennonquando ne sieno istruiti.

Poco è manifesta la deformità della pupilla.

§.34. Ciò prova che la deformità della pupilla indotta dal taglio dell' iride non è un difetto da evitarsi con mettere a pericolo il buon successo delle nostre operazioni perchè non verrà osservato da nessuno.

Difetto da non evitarsi.

§. 35. Quando la cornea si vuol tagliare puntualmente nel suo margine è quasi inevitabile, che talvolta il coltello trascorra al di là, ed intacchi in qualche parte la sclerotica, la quale trovasi rivestita da floscia congiuntiva, il taglio della sclerotica vicino alla cornea non è però di dannosa conseguenza; fuorchè essendo questa ricca di vasi sanguigni porta emorragia, e la congiuntiva recisa con essa dà quasi sempre un versamento di sangue notabile ne' primi momenti dell'operazione, questa emorragia è piuttosto utile, che dannosa al buon successo quantunque toglie qualche cosa all'eleganza dell'operazione; allorchè ha luogo, ed è più notabile quando le dette parti per qualche irregolarità sieno fornite di vasi sanguigni assai grossi.

Danno che deriva dal taglio della sclerotica e congiuntiva presso la cornea.

§. 36. Bisognerà in questo caso soprassedere, e ritardare la pratica della seconda regola; ed io son solito asciugare pazientemente il sangue in fin che si ristagni, e poichè non di rado ha luogo l' ifemia, aspetto finchè il sangue penetrato nella camera anteriore sia coagulato, e quando vi porto il cistotomo alzo la cornea, e cerco di farlo uscire accompagnando il cistotomo con un lembo finissimo del mio fazzoletto bianco, che tutto s' imbeve della sierosità, e del sangue contenuto nella camera anteriore.

Come si debba regolare l' operazione in caso d' ifemia.

Si possono anche tirar fuori i grumi di sangue colla pinzetta.

§. 37. Il più delle volte con questi piccioli mezzi l' emoragia cessa interamente, e l' ifemia si toglie; se però la camera anteriore fosse molto ingombrata di sangue si potrà anche portare nell' occhio una pinzetta acuta e tirarne fuori i grumi che fossero raccolti in essa prima di passare alla pratica della regola II.

Come si debba regolare l' oculista quando è tagliata la congiuntiva della sclerotica.

§. 38. Vi sono taluni, che pensano doversi evitare di oltrepassare il confine della cornea nel dar compimento al taglio, ed il sig. Barth insegnava, che allorquando compiuta la recisione della cornea si vedesse parte della congiuntiva sul ferro non ancora tagliata si dovesse ritirare il coltello dolcemente, e poi ordinava, che si facesse un taglio mediante le forbici di Dawiel per aprire la detta congiuntiva in vicinanza al margine della cornea.

Poco è dannosa questa recisione.

§. 39. Tutte queste cure per quanto ho potuto conoscere non danno un risultamento proporzionato all'imbarazzo, che arrecano; perchè la ferita della congiuntiva quantunque prolungata molto sulla sclerotica si guarisce di prima intenzione, e con facilità, unicamente produce quella emoragia descritta più sopra, la quale non porta, che una sospensione d' operazione, e qualche volta determina l' ifemia, in generale però non sarà da temersi questa emoragia perchè il successo in questi casi suole essere più felice, che allorquando la congiuntiva della sclerotica non sia stata recisa.

Utilità di un taglio così esteso.

§. 40. La ragione di questo dipende da due principj; cioè dall' evacuazione di sangue locale, che è sempre di qualche utilità nelle ferite, e dall' estensione, che prende il taglio ogni qual volta si oltrepassi il margine della cornea. In qualche occasione il ferro mi è trascorso tanto al di là dalla periferia della cornea, che io credeva di avere tagliato il margine dentato dell' iride; ma tutta l' iride era rimasta intatta perchè la sclerotica sormonta sempre alcun poco il margine della coroidea, e l' orbicolo cigliare.

Svantaggi notati quando il taglio si allunga troppo sulla sclerotica.

§. 41. Ad onta di quanto ho detto in riguardo all' utilità d' intaccare la congiuntiva della sclerotica, procuro di tenermi col taglio assai vicino al confine della cornea per non eccedere dall' altra parte; mentre il taglio prolungato molto sulla sclerotica porta sovverchia emoragia, e fa si che più facilmente la cateratta si presenti inviluppata dall' iride, locchè reca sempre un certo pericolo come dirò nel capo susseguente.

§. 42. Molti autori di merito distinto hanno dichiarato altamente che la ferita della cornea è pericolosa, e porta quasi sempre grave infiammazione, che è difficile a rimarginarsi, come lo sono tutte le ferite delle parti cartilaginose, o prive di vasi sanguigni; ma le osservazioni non corrispondono a questi dubbii.

Opinione dichiarata da molti riguardo al taglio della cornea.

§. 43. In tutto questo vi è di vero, che la ferita della cornea è difficile a rimarginarsi, e richiede molto tempo nella massima parte de' casi, principalmente quando non sia stata intaccata nè la congiuntiva, nè la sclerotica; però questa lentezza nel guarire prova anzi la difficoltà d'infiammarsi, perchè è noto che le parti più sottoposte all' infiammazione ne' corpi animali sono appunto quelle, che più sollecitamente, o guariscono, o cadono in suppurazione.

La lentezza nel guarire dimostra la difficoltà d' infiammarsi.

CAPO IX.

In cui viene dichiarato, come si debba squarciare la casula.

§. 1. Ho già spiegato più sopra (regola II. pag.62.) che l'oculista, deve introdurre il cistotomo per la ferita della cornea, e praticherà con esso un taglio angolare vicino alla periferia superiore della casula, indi cercherà isolarne la parte centrale, onde farla poi cader fuori se fia possibile nell'atto di estrarre la lente.

Spiegazione della regola II.

§. 2. Ho detto se fia possibile perchè accade sovvente, che nel compiere il taglio della cornea l'oculista dia una scossa all'occhio, o che si determini una contrazione, la quale spinge la lente, ed anche il vitreo sul margine della ferita, ed in questo momento si stacca la periferia inferiore della casula dai legamenti cigliari. Accaduto ciò se l' operazione viene sospesa, e si calma l' occhio, tosto ritorna in posto la cateratta, e la casula rimane in sito, ma poi quando si penetra col cistotomo dovendosi comprimere alcun poco l' occhio, onde tenerlo quieto, o affinchè si prolunghi la pupilla, facilmente la casula distaccata viene spinta in alto dal corpo della lente, e và a nascondersi dietro la parte superiore dell' iride, ed in tal caso invece della casula il cistotomo taglia la lente.

Le contrazioni, e le scosse dell'occhio spingono la lente fuori, prima che venga aperta la casula.

*

Come la casula squarciata si nasconda dietro l' iride.

§. 3. Se però la casula non siasi distaccata come ho spiegato, allora vi è il tempo di tagliarla immediatamente col cistotomo, ma per lo più in questo momento destasi una contrazione dell' occhio così forte, che appena vi è il tempo di eseguire una strisciata sulla casula, e ben tosto la cateratta si fa strada, la casula viene squarciata, e suol ritirarsi ne' due luoghi laterali alla pupilla nascondendosi dietro all'iride tutta aggrinzita, e lasciando passare il corpo della lente, dopo di che suol rimanere nascosta dietro dell'iride.

Sezioni della casula descritte dal Beer, e da praticarsi mediante il cistotomo.

§. 4. Il nostro maestro Beer insegnava nella scuola doversi col cistotomo, ossia coll' ago lanciato far varie incisioni d' alto in basso e paralelle fra loro; indi che si volgesse il cistotomo in guisa da passarla attraverso, e si proponeva di così dividere tutta la casula in tanti pezzi romboidali, che facilmente sarebbero poi caduti fuori dell' occhio; ma quasi sempre si agisce per brevi momenti sulla casula, ed i tagli si fanno sul corpo della lente, locchè viene spiegato con evidenza dalla Fig. 6. Tav. IV.

Come fosse da lui realmente trattata la casula, e come si rimanesse.

§. 5. Osservando in fatti le di lui operazioni sul vivo ho conosciuto ch' egli facea benissimo la prima incisione sulla casula, ma tutte le altre cadevano sulla superficie della lente, la quale squarciata la casula s' intrometteva subito nella ferita, e la divideva in due parti presentando al cistotomo la sua convessità anteriore, la quale in tutte le altre mosse dell' istromento veniva divisa in romboidi, e così tutto ciò che l'oculista operava mediante il cistotomo ad altro non serviva, che a lacerare la superficie della lente, o ad agitare questo corpo, il quale perchè ondeggia sul vitreo non si può sempre tagliare o perchè molle si spappola, e la casula rimaneva quasi sempre nascosta dietro l' iride con gravissimo pericolo, che dopo alcun tempo venisse a ricomporsi ed a formare una cateratta secondaria. La figura citata più sopra serve a spiegare appunto quel tanto che ho detto.

La cateratta arido-siliquata seguitava i movimenti del cistotomo.

§. 6. Ne' casi di cateratta arido-siliquata volendo seguitare le regole del mio maestro ho veduto, che appena il cistotomo si era piantato tutta la cateratta seguiva i suoi movimenti e non potevasi squarciare la casula, ma soltanto si agitava e si rendeva isolata da' vincoli l' intera cateratta, che poi usciva facilmente, come dirò a suo tempo, senza che la casula fosse stata squarciata.

§. 7. Qualche volta la pupilla si restringeva, e l'iride si addossava talmente alla casula, che appena il cistotomo potea penetrare su di essa senza offender l'iride, e quando avessi voluto insistere nella pratica delle regole, altro non avrei fatto che molestare, e contundere il margine pupillare dell'iride.

Pupilla ristretta che non lascia penetrare il cistotomo.

§. 8. Ecco perchè sarà meglio proporsi di fare ciò, che è più facile a riuscire, perchè richiede poco tempo e si pratica quando la casula è ancora intatta, non dovendosi eseguire movimenti inutili, e che non sieno conducenti al nostro scopo. Sarà dunque meglio attaccare col cistotomo la casula in alto, e cercare di farvi uno squarcio angolare, come indica la Tav. IV. Fig. 1; quasi sempre abbiamo il tempo di separare quella parte superiore della casula che è la più facile a discendere, e che produce non di rado le cateratte secondarie consecutive. Spesse fiate se la casula squarciata in basso si è ritirata in alto per dar passaggio alla cateratta possiamo col cistotomo tirarla di nuovo in basso, e così prepararla ad essere squarciata rendendone isolata almeno la porzione centrale, locchè basta ad impedire la formazione della cateratta secondaria, quando la casula sia squarciata in alto per un incisione, o per due incisioni, che s'incontrino ad angolo curvilineo si forma un dentello e resta cadente, in guisa che può venir tolto quando esce la lente perchè tende a cadere in basso (Vedi Tav. IV. Fig. 1.) e se per avventura pur rimanesse nell'occhio siccome è cadente, e viene attraversato dall'umor vitreo, che quasi sempre dopo il taglio della cornea cade sulla pupilla, così la cateratta secondaria per agglutinazione della casula difficilmente potrà formarsi.

Come si debba recidere la casula.

§. 9. Se poi ritrovo la casula molle come una pappa, allora sono solito dividerla in tutti i sensi coll'ago imitando il maestro Beer e se fosse arido-siliquata dopo averla fatta girare la lascio in sito perchè poi tolgo l'intera cateratta mediante le pinzette; quando però la casula fosse molto ingrossata e dura non potendo farvi degli squarci come si desidera perchè resiste, e si presenta il corpo della lente, la quale si precipita fuori dell'occhio, in questo caso lascio ben presto il cistotomo per afferrarla colle pinzette, e tirarne via la parte centrale anche prima, che il corpo cristallino sia uscito fuori, vedi la Tav. VII. Fig. 4.

Come si tratti la casula molle, e quella di una cateratta arido-siliquata.

Forma de' cistotomi da me usati.

§. 10. Io mi sono servito per molti anni del cistotomo lanciato di cui servivasi il nostro maestro Beer, ma ho conosciuto, che non si può mai adoprare, sennon la metà di esso, e l' altra non agisce e non serve che d' imbarazzo; talchè ho fatto eseguire un cistotomo che è la metà del primo, e penetra facilmente, nè minaccia di offender l' iride, mi sono anche servito utilmente in molti casi di un cistotomo avente una punta angolare perchè questo lacera, ed afferra la casula molto comodamente, e già non adoperiamo, che la punta, onde lacerare, e ridurre in pezzi la casula. Vedi Tav. III. Fig. 5.

Come debbasi condurre il cistotomo sulla casula.

§. 11. Qualunque sia l'istromento bisogna portarlo primieramente sulla casula in guisa che venga squarciata o formandovi un arco, o un taglio lanceolato in alto e molto vicino al margine superiore della pupilla, e si dovrà por mente di evitare che il cistotomo offenda, ò porti contusione sull' iride.

Come restringasi la pupilla dopo il taglio della cornea ed utilità di una pressione sull' occhio.

§. 12. Qualche volta dopo eseguito il taglio della cornea talmente si appassisce l' occhio, e le parti si addossano singolarmente ne' vecchi, i quali sogliono aver la pupilla ristretta, e ne' quali riproducesi con molta difficoltà l' umor acqueo, quantocchè sembra impossibile portare il cistotomo sulla casula e squarciarla, ma in questi casi tutto si renderà facile praticando una leggiera pressione sul globo dell' occhio, e tosto si vedrà prolungata la pupilla ed aperta verso il luogo della pressione per dar passaggio alla cateratta, che incomincierà ad uscire; allorchè la pupilla è così aperta riesce facile portare il cistotomo sulla casula.

Si deve badare di agire sulla casula con precisione.

§. 13. Un buon oculista dovrà però in questo momento osservare attentamente la pupilla, onde conoscere i movimenti della casula, che per lo più dà passaggio alla lente, e si squarcia; e si ritira, o sui lati o in alto, e così egli adoprerà il cistotomo con cognizione di causa, e saprà quello che fa; e cercherà sempre metterla in pezzi, o almeno squarciare la sua parte superiore nella vicinanza dei legamenti cigliari.

CAPO X.

In cui spiegasi come si possa condur fuori la lente, ed i pezzetti della casula squarciata.

§. 1. Subitochè la casula è stata squarciata, se la lente non venisse fuori da per se, come spesso addiviene, bisognerà cercare di farla uscire e perciò si rivolgerà il cistotomo verso il centro di essa onde smuoverla, e farla ruotare intorno al suo asse, movimento, che giova a liberarla da qualunque vincolo, e se in questo mentre l' occhio si mettesse in contrazione, la lente si presenterà per uscire fra i lembi delle ferita; e bisognerà accompagnarla, finchè il suo lembo inferiore si mostri libero dalla membrana dell' iride, che se la detta membrana inviluppasse la parte inferiore della lente si dovrà portar di nuovo il cistotomo contro il centro della cateratta e rialzarla, e respingerla indietro fintantochè abbia superato il margine pupillare. Subitochè la cateratta si presenti libera gioverà ritirare il cistotomo, che altrimenti il passaggio della lente verrebbe impedito, perchè fra i lembi della ferita si troverebbe cateratta, iride, e cistotomo insieme, locchè difficulta il passaggio.

Si rimuove la lente, e si accompagna finchè superi col suo lembo il margine pupillare.

§. 2. Importa sommamente alla buona riuscita dell' operazione badare, che la lente non venga fuori inviluppata dall' iride perchè nell' uscita, che essa fa la detta membrana viene spinta fuori, ed è portata a strofinarsi contro i lembi della cornea ferita nel qual momento l' infermo può sentire gravi dolori a tutti i rami del quinto pajo, ed allora l'iride tutta si riempirà di sangue, come accade alle parti, che ricevono contusioni e subito dopo suol incominciare l' iritide se lo strofinio è stato forte, se per l' opposto fosse stato meno considerabile l' iritide non si manifesterà che dopo dodici, ed anche ventiquattrore, e se fosse stato violento allora dopo gonfiata l' iride il sangue incomincierà a scaturire dalla superficie di essa, e la fatale emoragia dell' iride si manifesterà accompagnata da vomito, e singulto per cui l' occhio potrà dirsi perduto.

Importa che l'iride non si trovi spinta fra i lembi della ferita.

Se il taglio è picciolo la cateratta si presenterà avviluppata dall' iride.

§. 3. Allorchè il taglio della cornea sia grande abbastanza, o la cateratta non sia dura, e voluminosa, oltre il consueto, o l' iride sia stata recisa; a meno che non rimanesse un istimo fra le due parti laterali dell' iride sempre la lente si mostrerà fra i lembi della cornea libera dall' iride, ed uscirà fuori con facilità, e senza pericoli; ma se il taglio sarà picciolo la cateratta si presenterà inviluppata, e se sarà picciolissimo invece di presentarsi per uscire cadrà arrovesciandosi entro il vitreo, e comincierà ad uscire il sudetto umore in vece della cateratta.

Si sospenderà l' operazione, e poi si dovrà comprimere la parte superiore della cornea.

§. 4. Quando la cateratta presentasi inviluppata dall' iride giova sospendere per un momento l' operazione, quietare l' occhio abbandonandolo tutto a se stesso, e lasciando le palpebre, e subito dopo si farà una pressione leggiera sulla palpebra superiore in guisa, che venga compressa la parte più alta della cornea, e si vedrà spesso, che la cateratta presenterà la sua costa inferiore libera perfettamente dall' iride, e tutto il resto procederà con felicità, purchè il taglio della cornea non fosse eccessivamente picciolo nel qual caso sarà d' uopo allungarlo.

Danno osservato quando io mi ostinava a comprimer la cornea in basso.

§. 5. I nostri maestri ancorchè l' iride si presentasse inviluppando la cateratta continuavano a comprimer l' occhio nella sua parte inferiore con gravissimo danno di quella membrana, che sempre più veniva spinta fuori, e soffriva dello sfregamento, ed io medesimo per l' ostinazione di voler continuare a comprimer l' occhio in basso ho veduto straziarsi dirò così l' iride sotto ai miei occhi; ma ora non faccio che riposare l' occhio, e porto la compressione che facevasi disotto alla cornea sulla sua parte superiore e sono certo di vedere uscir la cateratta libera dall' inviluppo dell' iride a meno che il taglio non fosse cortissimo.

Le pressioni sono dannose, e gioverà piuttosto allungare il taglio della cornea.

§. 6. Ho parlato della pressione da esercitarsi sul globo dell' occhio onde far uscire la lente, ma questa non è sempre necessaria, nè deve sempre eseguirsi, poichè qualunque volta l' apertura della cornea sia riuscita proporzionata al volume della cateratta questa esce nel mentre si và col cistotomo lacerando la casula senza bisogno di pressioni, ed in questo caso l' operazione suole avere un esito molto felice perchè l' iride nulla soffre, e tanto più soffre quanto più saremo obbligati ad esercitare pressioni sul globo del-

l' occhio; per cui se si conoscerà, o che il taglio sia riuscito troppo picciolo, o che la cateratta sia troppo voluminosa gioverà moltissimo allungare subito il taglio della cornea.

§. 7. Più fiate ho veduto, che la cateratta si rimaneva quasi immobile dopo il taglio della casula ad onta di qualche pressione, e fatta un' incisione sul confine della cornea in continuazione della prima vidi subito uscir fuori quasi spontaneamente la cateratta.

Utilità del taglio fatto sulla cornea al confine del primo.

§. 8. Per prolungare il taglio della cornea i maestri dell' arte hanno raccomandato, ed hanno posto in uso le cesoje di Dawiel, ma quante volte ne ho fatto uso ho notato, che la branca introdotta nella camera anteriore urtava contro l' iride e vi esercitava contusioni dannose, per la qual cosa ho pensato ad un istromento, che fosse più opportuno. In questi ultimi anni dopo molti tentativi mi sono convinto, che il migliore ordigno sarà un coltello da cateratta, il quale introdotto per la cornea ferita si potrà spingere verso uno degli estremi confini del taglio, e facendo passar la sua punta al di sopra di esso si potrà traforare la cornea, indi ritirando il coltello verso la ferita già fatta si otterrà di prolungarla per una o due linee, che è quanto si richiede.

Le cesoje di Dawiel sono inopportune ad allungare il taglio.

§. 9. In molti casi ho tentato piantare il coltello al difuori contro la cornea, e dopo esser penetrato nella camera anteriore l' ho fatto discendere in guisa, che venisse a terminare dentro al primo; ma ho notato, che allorquando si pianta il coltello per di fuori (vedi Tav. VIII. Fig. 1.) non essendo quello contenuto nel taglio è facile, che la ferita si prolunghi in vicinanza della prima senza però entrarvi, e rimane un dentello fra le due ferite, che dispiace e rende irregolare la ferita non senza qualche danno per la guarigione che vuolsi ottenere.

Non riesce utile piantare il coltello sopra la ferita della cornea, e discendere ad incontrarla.

§. 10. Io credo, che se avessimo spesso in uso di allungare il taglio nel modo spiegato più sopra si potrebbero evitare quasi sempre i tristi effetti dell' operazione, e saressimo più fortunati; ma il cattivo esito che ottenevasi d'ordinario quando si dilatava il taglio mediante le forbici, l' imbarazzo, e la difficoltà, che sempre s' incontra a rimettere il coltello nell'istessa ferita e praticare un nuovo taglio nella cornea, dopo del primo; come ancora una certa apparenza d' imperfezione, che allora si dà all' operazione, sono i mo-

Ragioni, che ci fanno trascurare di rolungare il taglio.

tivi, che ci rendono alieni dal praticare il descritto prolungamento del taglio.

Incertezza in cui ci troviamo.

§. 11. Inoltre non abbiamo sempre una misura precisa da cui si possa dedurre, che il taglio sia troppo picciolo, e che la cateratta passar debba a stento; ma anzi ci lusinghiamo, che uscir possa facilmente, ed il taglio al di fuori sembra sempre più ampio di quanto è in fatti; e così fra la speranza, ed il timore arriviamo a condurre l'operazione al suo termine, il più delle volte senza nè danno, nè pericolo dell'infermo; ma qualche volta si finisce lasciando l'iride molto irritata, e tosto si manifesta o iritide o emoragia.

Suscettività relativa alle persone.

§. 12. Devesi por mente alla suscettività delle persone perchè taluni sopportano senza danno molta distensione, ed attrito fra l'iride, ed i lembi della ferita; mentre all'opposto altri soggetti per un picciolo stiramento provano tosto il primo sviluppo dell'iritide.

Come esca se è molle, e come se fosse arido-siliquata.

§. 13. Allorquando troviamo una cateratta molle vediamo uscire tutta la porzione più molle, o anche l'intera cateratta, subitochè si punge la casula, e rimane unicamente a togliersi questa, ma se la cateratta fosse tremula, o arido siliquata; allora gioverà sospendere l'operazione, ed afferrarla mediante o la pinzetta acuta, o la dentata e subito si tirerà fuori tutta intera, perchè suol venire in un sol pezzo.

Pruove della opportunità delle regole stabilite.

§. 14. Riferirò quì due casi d'operazione, i quali serviranno a dimostrare quanto sieno state ben calcolate le dilucidazioni finora esposte nelle quali ho principalmente raccomandato doversi preservare l'iride da qualunque attrito, e contusione nel tempo in cui la cateratta esce per la ferita della cornea, ed ho spiegato che non devesi precipitare l'operazione.

Pressione, che fece strisciare l'iride sul coltello e precipitarsi fuor dell'occhio la cateratta.

§. 15. In una delle città primarie d'italia, io venni chiamato a curare una dama di altissimo legnaggio, la quale aveva le cateratte, e venuto a praticarne l'estrazione il mio solito assistente si aspettava, quando un professore de' più celebri nella chirurgia desideroso di veder quell'operazione, e richiamato da' suoi affari; mi esibì di supplire all'assistente, il fatto si fu, che al momento di compiere il taglio della cornea nell'occhio sinistro avvisai questo nuovo assistente di ritirar le dita, ma nel ritirarle egli le mosse in

cotal guisa ch' esercitò una violenta pressione nell' occhio, e venendo io nel tempo medesimo a compiere il taglio viddi l' iride spinta dalla cateratta contro il dorso del ferro, e la lente cadde precipitosamente fuori tirando con se l' iride già contusa sul dorso del mio coltello, e strofinandola contro i lembi della ferita.

§. 16. Si precipitò fuori dell' occhio a questo modo la lente, ed anche la casula tutta spappolata, e l' iride arrossita e rigonfia si rimase fuori della ferita, in modo che vedevasi un ernia; la dama accusava gravi dolori al contorno dell' orbita, ed io subito previddi la fatale emorragia.

L'iride si rimase fuori de' lembi feriti, e si fece rossa.

§. 17. In tale imbarazzo ho risoluto estrarre prontamente la cateratta destra senza far che il mio dotto, e rispettabile assistente mi contenesse nè occhio, nè palpebre. Intanto un segreto orgasmo avea montato i miei nervi alla più scrupolosa precisione, e forse questa fu la cagione per cui mi riuscì di far colla mano sinistra un ampio taglio di cornea che fu compiuto dolcemente ritenendo aperte da me medesimo ambedue le palpebre, la casula venne lacerata senza urto del cistotomo contro l' iride, la lente uscì quasi da se lentamente, e la molle casula che rimaneva venne tolta col cucchiajo, e la dama giubilante mi annunziò la ricuperata vista.

Miglior pratica eseguita nel destro occhio.

§. 18. Intanto l' iride sinistra s' era fatta rossa e sanguinolenta, in questo lato la fronte era arrossita, le vene gonfiate, il dolore crescente, e non fu posta a letto la dama che incominciò l'emorragia, il singhiozzo, ed il vomito, e l' iride formava un' ernia molto ampia a sinistra, mentre l' occhio destro era in perfetta calma.

Emorragia, e dolori sviluppati al sinistro.

§. 19. Ebbi ricorso alla neve sull'occhio per frenare l'emorragia dell'iride, gli anodini e tutt' i rimedj immaginabili vennero amministrati internamente; ma tutto invano per l'occhio sinistro, che si trovò gonfio, con vasto ipopio, dopo molti giorni di acerbissimi dolori, e tutto cadde in suppurazione, perchè cessata l'emoragia il sangue aggrumato nell' iride fece cadere in suppurazione questa membrana, e tutto l'occhio ne restò occupato, quantunque si trovasse guarito perfettamente il destro, e con ogni felicità.

Emorragia, e suppurazione inevitabile al sinistro.

§. 20. Or chi non capisce, che la compressione fatta involontariamente dal dotto amico ha cagionato lo sfregamento fatale, e la precipitosa uscita della lente? . . . Fenomeni i quali evitati

Ho conosciuto tardi la poca destrezza dell' assistente.

nell' occhio destro non ebbero luogo ma anzi si ottenne il desiderato effetto ? Qualcuno penserà che io non avessi dovuto affidare un occhio a mani così pesanti ; ma ciò l' ho conosciuto dopo , perchè della buona volontà , e delle cognizioni del mio collega non ho mai potuto dubitare , nè prima , nè dopo , e la poca destrezza l' ho conosciuta solamente a tempo opportuno per salvar l' occhio destro.

Seconda osservazione con picciolo taglio alla cornea.

§. 21. Una seconda osservazione assai luminosa trovasi registrata un anno prima nel mio giornale privato , e fu nell' anno 1811. Nell' estate , io venni richiesto ad estrarre le cateratte da ambedue gli occhi di certa sig. Maddalena Langadanes in Verona d' anni 73. All' occhio sinistro il taglio della cornea mi riuscì alquanto picciolo relativamente alla cateratta , ma nel destro riuscì molto più grande.

Vidi il solco del cistotomo sull' iride.

§. 22. Lacerata la casula sinistra , facendo io pressione sulla sclerotica in basso si presentò la lente sinistra imbrigliata dall' iride, che formava come un ernia attorno alla cateratta, la feci dunque ruotare tirandola a me e la condussi fuori mediante il cistotomo; ma in questo mentre notai, che il tondeggiante fusto dell' istromento fece contusione sull' iride, il quale trovavasi fra esso e la lente la quale usciva (vedi Tav. VI. Fig. 6. a). In quel momento la detta sig.ra accusò un dolore acutissimo nell' occhio, ed in tutto il contorno dell' orbita , e vidi che il fusto del cistotomo avea fatto nell' iride un solco , nel quale subito corse molto sangue , e si presentò una linea rossigna , e gonfia. Veduto il pericolo in cui stava l' occhio sinistro ho sollecitamente estratta la cateratta destra.

Estrazione praticata felicemente al destro.

§. 23. All' occhio destro il taglio era riuscito più ampio, ed ho portato il cistotomo con somma accortezza lacerando la casula, tirando fuori le parti molli della lente, e conducendo a poco a poco il nucleo in fuori senza nè toccare, nè stiracchiar l' iride, e tutto andò benissimo se nonchè all' occhio sinistro cominciò ben tosto l'emorragia dell' iride, indi singhiozzo e vomito e finita l'emorragia si gonfiò enormemente , suppurò l' iride , ed in seguito cadde in suppurazione tutta la cornea, e la signora Langadanes niente soffrì pel destro che ricuperò la vista, mentre dopo mesi di dolori quasi continui restò atrofico l' altro.

§. 24. Da questi due esempi l'oculista raccoglierà quanto importi al buon successo dell' operazione preservare intatta l'iride, ed evitare che venga contusa dal cistotomo, o che nel passaggio della lente venga urtata, o si porti a strisciare fra la cateratta, ed i lembi della cornea ferita, locchè si ottiene quando si conduca fuori dolcemente e con lentezza.

Ora s'intende come venga contusa l'iride.

§. 25. Il nostro maestro Beer raccomandava, che nel momento in cui la lente esce si portasse sopra di essa, o il cucchiajo di Dawiel, o il cistotomo, onde afferrare insieme i briccioli della casula, e tutte le parti molli, e l'ho veduto coll'indicato cucchiajo abbracciare così la parte superiore della casula conficcarla contro il nucleo della lente e portarla fuori insiem con esso; ma in un caso ho veduto, che mentre il cucchiajo andava sulla lente urtò contro l'iride, e vi fece tal contusione per cui quella uscì fuori coperta da una porzione d'uvea staccatasi sotto la contusione; in questo caso quantunque tutti applaudissero all' operazione del nostro maestro; io dissi al cultissimo Dottor Götz di Dantzie; il quale mi era vicino, *amico voi vedrete tristi effetti*, e gli spiegai subito, dopo il perchè; nè tardò l'iritide e la suppurazione che poi distrusse quest' occhio.

Contusione dell'iride fatta dal Beer col cucchiajo di Dawiel.

§. 26. Io sono stato alcun tempo esitando se dovessi cercare di così accompagnare la cateratta nel passaggio se non col cucchiajo, che è pericoloso pel suo volume, almeno col cistotomo, e dopo assidue indagini mi sono determinato a lasciar passare la lente sola; qualunque volta sia già cominciato il passaggio, e si trovi essa ormai libera dall' iride, perchè accelerarne il passaggio in questo momento non è utile, e qualunque istromento si trovi nella ferita non fa che renderlo più lento venendo da esso occupata parte del campo aperto nella cornea, io mi servo adunque del cistotomo per dirigere il passaggio nel suo cominciare, o per respingere, e ruotare la lente, secondo il bisogno, e ne promuovo anche l'uscita mediante qualche pressione alla parte inferiore della sclerotica avvertendo, che se presentasi l'iride; allora trasporto la pressione sulla parte superiore della cornea, indi lascio venir fuori quasi da se la cateratta senza accompagnarla col cistotomo, purchè venga dolcemente, e con tutta lentezza nè porti con se l'iride.

Ho deciso di non accompagnar la lente quando esce spontanea.

Se il taglio è picciolo esce il vitreo, e resta la cateratta.

§. 27. Ho detto però più sopra, che se il taglio non fosse proporzionato al bisogno potrebbe la lente arrovesciarsi, e si vedrebbe uscire il vitreo invece della cateratta, ho veduto in più casi questo fenomeno assai rincrescevole, ed in qualche caso la lente era tutta fusa, come anche la casula era molle, talchè al primo urto del vitreo tutta erasi distaccata, il vitreo ne avea sormontato, e distaccato il margine superiore, e mentre usciva l' arrovesciava in basso, la pupilla trovavasi tutta libera, e la lente era reclinata, come nella reclinazione, in questi casi l' oculista non potrà mai desistere dal primo progetto, che aveasi prefisso, da quello cioè di estraer la lente, perchè quante volte l' ho lasciata sempre è risalita, e sovvente si sviluppò una grave iritide, la cui origine non mi sarebbe stata facile spiegare, ma facilmente s' intenderà da chiunque, che stante l' apertura praticata nella cornea e stante la riproduzione del vitreo, e dell' acqueo, i quali sorgono dal fondo dell' occhio, e la cateratta reclinata a cagione dello sgorgo frequente dell' umor aqueo viene poi rialzata, ed urta contro l' iride e ritorna ad ingombrar la pupilla, ben più facilmente, che ne' casi di depressione in cui viene praticata una ferita angusta, o nella cornea, o nella sclerotica.

Come si debba condur fuori la lente arrovesciata nel vitreo.

§. 28. Bisognerà dunque in questi casi di arrovesciamento del cristallino cercar sempre di rialzarlo, e portarlo fuori, come i dotti maestri Barth, e Beer ci hanno insegnato, anzi essi c' insegnarono di portare subito il cucchiajo dietro alla cateratta, e farla uscire spingendola verso la cornea, io però ho notato nella pratica, che il cucchiajo è troppo voluminoso, ed introduce sovvente dell' aria nell' occhio, talchè mi son servito a preferenza dell' ago uncinato di Beer, che trovasi disegnato, e descritto nel lib. II. pag. 124. Tav. X. Fig. 5. Questo uncinetto riesce anche utilissimo, onde pescare dirò così la lente nel vitreo, come si farebbe con un amo; ma bisogna però vederne almeno un lembo; io mi son trovato confuso in qualche operazione delle prime tentate perchè la lente arrovesciata non era più visibile, e parvemi essersi da per se cambiata l' estrazione in una reclinazione.

Come si presenti di nuovo la lente all' estrazione.

§. 29. In questi casi mi sono avveduto che basta sospendere l' operazione, e chiuder l' occhio, e subito la lente risale, che se

poi volessimo ritrovarla basterà strisciare con un dito sulla sclerotica alla parte inferiore, e si vedrà rialzata presentarsi vicino ai margini della ferita talchè si potrà prendere e tirarla fuori mediante l' uncino. In questi casi per afferrarla, e farla uscire bisogna, quasi sempre passarvi l' uncino di dietro, e spingerla contro la cornea tagliata; ma talvolta mi è riuscito anche di afferrare il margine della cateratta così solidamente, che quella venne condotta fuori dall' uncino senza rompersi, e senza bisogno di spingerla contro la cornea, nel quale movimento vi è sempre a temere, che l' iride possa venir compressa fra la cateratta, e la cornea; ho per altro osservato, che in questi casi mai avea susseguitato iritide, e credo che l' iride non venga compressa perchè nel momento del passaggio l' uncino contribuisce a far che la pupilla dia libero campo alla cateratta, nè mai questa esce rivestita dall' iride, che viene ad esser respinta indietro, e così la cateratta passa con libertà per la pupilla essendo l' iride per la sua struttura molto cedevole, ed aprendosi la pupilla con facilità qualunque volta la cateratta siasi insinuata in essa senza produrre l' ernia, e senza invilupparla nel passaggio.

CAPO XII.

In cui spiegasi la quarta regola; che riguarda l' estrazione della casula.

Casi in cui non è necessario portar via la casula.

§. 1. Se potessimo costantemente eseguire il taglio angolare della casula più sopra descritto, (vedi pag. 62.) e lacerarne il centro, o se trovassimo sempre una casula molle siccome trovasi d' ordinario nelle cateratte albuminose non vi sarebbe necessità di praticare questa regola, e perciò vi sono stati molti oculisti, i quali per poco, che trovassero libera la pupilla, dopo l' estrazione della lente non si curavano di tirar fuori la casula, e l' abilissimo chirurgo il Professore Atti di Bologna trascurava, anch' egli non di rado questa parte dell' operazione avendo notato, com' egli mi disse più fiate, che i piccioli residui della cateratta da per se cadono quasi sempre nella camera anteriore, e si disciolgono e spariscono

per la forza dell' assorbimento, e temendo d' impiegar le pinzette, le quali ogni qual volta si debbano usare a lungo recano tanta molestia, che una grave infiammazione consecutiva riesce quasi inevitabile.

Professori, che abbandonavano la distruzione della casula alla fortuna.

§. 2. Il sullodato Professore seguitava in questa pratica gl' insegnamenti di La Faye, e di Sabatier ch'erano i maestri veramente illustri del suo tempo, e molti di questa scuola mi dicevano *le meilleur expedient est d' abbandoner les accompagnements à la nature sans faire usage des pincettes qui sont toujours difficiles a manier; et meme dangereuses.* Un oculista, il quale abbandonava così *les accompagnements* percorse più volte l' italia facendo denari, ed operando in molti casi senza buone regole; ma egli non aspettava la guarigione de' suoi infermi, nè poteva offrire una probabilità di riuscita, anzi la massima parte di questi restavano ciechi non curando egli portare a buon termine le sue cure, cosa veramente biasimevole, e quì basterà riferire un fatto cognito a molti miei amici. Il sudetto oculista praticò l' estrazione anteriore nell' occhio destro di un ragguardevole personaggio, il taglio della cornea è stato molto bene eseguito, la casula si distaccò in basso, la lente uscì felicemente, la pupilla rimase libera, e nel momento l' infermo riconobbe molti oggetti, che lo circondavano. Allora l'operatore non si curò d' altro perchè gli accompagnamenti si doveano com' egli diceva abbandonare alla natura, bendati gli occhi pose a letto il suo infermo, e si fece tosto pagare 100 Luigi d' oro, nè per qualunque promessa di altre ricompense volle più trattenersi presso l'infermo passato appena il terzo giorno. Il rispettabile signore venne assistito da valenti, e dotti professori; ma alla fine della cura si trovò cieco perchè *les accompagnements* erano per l' appunto la casula tutta intera, la quale era discesa a riprendere il posto suo, ed occupò l' intera pupilla. Crederà taluno, che trattandosi di una cateratta casulare secondaria, e rimanendo intatto l' altro occhio quel signore si sottomettesse poi ad un novello esperimento d' operazione; ma nò. Egli perdè la fiducia di ricuperare la vista, ed invano si tentò da' parenti, e da molti amici di persuaderlo ad esperimentare i soccorsi d' un professore, che fosse più dotto, o più diligente del primo; che sempre visse nella sua di-

sgraziata caligine rimanendosi così per molti anni senza speranza di guarigione, e perciò infelice.

§. 3. Ho avuto pur io de' casi infelici per la discesa della casula; ma quasi sempre un occhio venne ricuperato, e l' uomo non restò nelle tenebre perchè ho in uso di estrarre le cateratte ad ambedue gli occhi, e riferirò a questo proposito un esempio, il quale dà molto lume.

La casula è discesa ad occupar la pupilla ad un solo occhio.

§. 4. Dovendo eseguire l'estrazione delle cateratte a certa sig.ª D. Teresa Avitabile di Napoli praticai ambedue i tagli delle cornee, e subitochè ebbi compiuto quello dell' occhio sinistro si presentò al passaggio la cateratta, ma vidi ritirarsi in alto la casula anteriore, e mentre la cateratta passava quella si nascose dietro l' iride, intanto cadde fuori dell'occhio notabile porzione dell' umor vitreo, e respinse più in alto la casula perchè l' inferma era agitatissima, e l' occhio trovavasi in contrazione. Nel destro ebbi il tempo di ben lacerarla perchè la cateratta non si precipitò sollecitamente fuori dell' occhio e tutto andò bene; anzi tirata fuori la lente vidi uscire a fiocchetti la casula spappolata dal mio cistotomo, mentre io eseguiva delle strofinazioni sulla cornea e ritornando al sinistro occhio, vidi in alto un lembo di casula, che non discendeva, perchè era sostenuta dal corpo vitreo, fattomi dunque per afferrarlo colle pinzette la mia inferma si agitava, e si contraeva mandando fuori nuove porzioni dell'umore suddetto; per la qual cosa io mi rimaneva incerto nell' introdurre le pinzette, e dubitava sempre di pizzicare l' iride nel volere stringer la casula; ecco un momento difficile! Il vitreo minacciava un vuotamento, la casula pareva quasi distrutta, l' iride poteva essere schiacciata; e fra la lusinga, che la casula, perchè sostenuta dal vitreo non potesse danneggiar più la vista, e fra il timore di guastare maggiormente l' occhio, prendendo conforto dalla speranza di aver ricuperato a mal' andare il destro, ho desistito da ulteriori tentativi; ma che!... L' occhio destro fu guarito con piena felicità, ed il sinistro prima de' quaranta giorni mi presentava la pupilla totalmente adombrata dalla casula, che a poco a poco era discesa dall' alto. Ora qual pruova più convincente di questo fatto può mai dimostrare, che se la casula anteriore si rimanga nell' occhio, ancorchè distaccata o squarciata quanto occorre per dar

Esempio in cui la casula restò ad occupare una sola pupilla.

passaggio alla lente potrà rioccupar la pupilla quando non se ne distrugga almeno la parte superiore, e centrale, i due successi differiscono fra i due occhi totalmente, e la cagione di ciò è stata la determinazione di abbandonare alla sorte la casula, perchè l'uscita del vitreo, le contrazioni, e la vicinanza fra quella ed il margine pupillare dell' iride mi rendeano timido nell' afferrarla. Debbo anche dire, che le quante volte tentai di afferrare la casula nuotante in mezzo al vitreo ho incontrato difficoltà notabilissime perchè l'umore la rende sfuggevole, e la pinzetta non può afferrarla, ma per lo più se ne ritorna vuota.

Come si possa toglier via la casula.

§. 9. Facil cosa è toglier la casula allorchè sia stata opportunamente squarciata, o quando sia stata conservata sana la jaloidea, perchè allora il vitreo si rimane indietro e possiamo farla uscire afferrandone un lembo, anzi più fiate essa vedesi uscire quasi tutta da se, e molte esperienze mi hanno chiaramente dimostrato, che basta alla guarigione farne uscire la parte centrale; quando poi la casula sia molle si vedrà ritornarsene fuori vuota la pinzetta ed allora sarà d'uopo prendere il cucchiajo di Dawiel, istromento opportunissimo a condur fuori la casula molle, la quale però se fosse stata spezzata dal cistotomo potrebbe anche spingersi fuori col mezzo delle semplici strofinazioni eseguite sulla cornea agitando col dito la palpebra superiore. Non di rado in questi casi vedesi qualche grumo di sangue rappreso, e rimasto fra i lembi del taglio della cornea, e prendendone un lembo colle pinzette vediamo uscir con esso tutte le particelle della casula, e la pupilla si rimane libera senza che la pinzetta sia stata portata entro alla camera anteriore.

Nuovo esame della pupilla dopo tirata fuori la lente, e quella parte di casula, che si sarà presentata.

§. 10. Liberata la pupilla nel modo ora descritto si dovrà chiudere dolcemente l'occhio infermo, e calmare il paziente con varj discorsi, e farlo poi anche passeggiare, e finalmente si dovrà condurlo di nuovo vicino alla finestra, e postolo a sedere in una luce mite aperti gli occhi, e fattolo riguardare de' corpi vicini, si osserverà se qualche porzione di casula fosse discesa ad occupare la pupilla, e questa si toglierà via come ho già spiegato più sopra, vedi Tav. IX. Fig. 2. Talvolta in questo momento la pupilla presenta un tenuissimo velo, il quale dipende o da riverbero del fondo dell' occhio perchè manca del suo pigmento, o da qualche

fibra del vitreo, o dalla jaloidea, o dalla casula posteriore ancora intatta, e questo lievissimo ingombramento si dovrà trascurare, quando si sappia per altro che la casula anteriore sia stata squarciata, e tolta a dovere. In qualche caso ho trovato la casula anteriore tenace e fluttuante sul corpo cristallino, ed allora ho potuto afferrarne la parte centrale colle pinzette e tirarla fuori dall'occhio anche prima di far uscire la lente, nel qual caso caduta fuori la lente non rimane altro ingombro della pupilla, ed è finita l'operazione; ma non sempre ci riesce di ciò praticare.

Dubbio se si dovesse strappare, oppure tagliar via la casula quando è tenace.

§. 7. Qualche volta la casula si conserva diafana, ed allora se non venga colpita dal cistotomo prima che esca la lente, terminata l'estrazione non la troviamo più e rimanendosi può facilmente offuscarsi, e turbare la vista, qualche volta per lo contrario la casula si mostra solida, tenace, e fosca in modo che riesce facile afferrarla, e tirarla fuori; ma ne' primi casi osservati mi è venuto il dubbio se convenisse tirarla fuori, oppure tagliarne via grande porzione mediante le forbici, come insegnano molti maestri. Io dubitava che l' occhio potesse vuotarsi o ricever qualche danno dallo stirare la casula, e portarla fuori tirandola colle pinzette, perchè molti maestri, e principalmente *Richter* hanno insegnato doversi tagliare in questi casi la casula mediante le forbice non già strapparla. Ma il taglio richiede l' introduzione delle cesoje che portano grande dilatazione della cornea ferita, per la qual cosa io non ho potuto risolvermi a seguitare il suggerimento citato ed ho veduto, che quantunque la casula fosse molto solida, e tenacemente attaccata ai legamenti cigliari, pur non di meno sempre si distaccava usando io per altro far de' movimenti laterali colla pinzetta, onde liberare a poco a poco la casula, prima da una porzione de' legamenti cigliari, indi dal rimanente, nè in tutta la mia pratica ho notato, che un solo caso di emorragia prodotta dallo stirare una casula molto aderente, la quale condusse seco la coroidea e la retina.

Come si regoli l'oculista quando l' aria sia entrata nell' occhio.

§. 8. In tutto il tempo dell' operazione l'oculista deve con diligenza osservare se l' aria penetri nell' occhio, e subito entrata farla uscire, ma principalmente finita l' operazione dovrà occuparsi di toglier via l' aria. Credevano i nostri maestri, e mi ricordo che fra gli altri il valente professore Sografi, dubitava che l' aria

potesse entrare, e soggiornare nell' occhio in caso di estrazione con tutta facilità, e senza che l'oculista se ne avvedesse; ma al contrario, ogni qual volta l'aria penetra nell' occhio sempre si mostra sotto forma di una bolla (vedi Tav.IX.Fig.4.), e quando poi sia stata tirata fuori appena i lembi della cornea ferita si agglutinano l'aria più non rientra, nè più si presenta.

Momenti in cui l'aria s'introduce.

§. 9. I momenti in cui l'aria s'introduce sono, o quando si compie il taglio della cornea, se si allontanasse il lembo tagliato dal resto dell'occhio, o quando si compie il passaggio della lente se rimanga alzato il lembo, o quando si penetri colle pinzette, e si stiri la casula allontanandola dal centro dell' occhio, in tutti questi momenti essendo ormai vuotato l'acqueo facilmente l'aria s' introduce, e perciò bisognerà sempre evitare per quanto fia possibile di alzare, ed allontanare il suddetto lembo della cornea dalle vicine parti.

Dubbio che l'aria entrata nell'occhio possa recar danno.

§. 10. Io non potrei dimostrare chiaramente; che l'aria sia di grave danno quando rimanga entro l'occhio; ma certo è che se vi rimanesse, la natura dovrebbe innalzare le sue forze, onde portarla via. Si dà qualche caso in cui potrebbe rimaner nell'occhio senza essere manifesta, perchè può nel maneggio dell'operazione asconder si dietro l' iride, perciò io cerco di farla uscire qualunque volta vi sia entrata innanzi di proceder più oltre coll'operazione affinchè non si mescoli troppo agli umori, e non eserciti qualche dannosa impressione, nè si asconda ne' varj movimenti dell' occhio; trovo notato qualche esempio in cui stante un' estraordinaria irrequietezza dell' infermo ho dovuto lasciarne una bollicina in alto della camera anteriore, nè per questo ha portato verun nocumento; ma altre fiate ho notato, che l'aria si rimaneva e dopo si sviluppò notabile iritide.

Come si potrà condur fuori l'aria.

§. 15. Per fare uscir l'aria basta quasi sempre esercitare una dolce pressione in vicinanza ai margini della ferita, e si vedrà la bollicina correre verso i lembi, ma perchè esca prontamente gioverà andarla ad incontrare o colle pinzette acute chiuse, o col cistotomo e si vedrà correre, ed attaccarsi all' istromento, che con tutta facilità la condurrà fuori. Il cucchiajo di Dawiel è fra tutti l' istromento, che più facilmente può condurre l'aria nell'occhio al momento di maneggiarlo, perchè ne è piena la sua cavità, e perciò dee venire introdotto di costa e si procurerà, che pria di penetrare si trovi ripieno di

umor aqueo che se nò vi porterà l' aria. Questo istromento sebbene utilissimo ne' casi di casula molle deve esser adoprato con sobrietà ed avvedutezza perchè porta facilmente l' aria nell' occhio ed a cagione del suo volume può indurre contusioni nell' iride.

§. 12. Se l' oculista avrà compiuta l' estrazione secondo gli avvertimenti or ora spiegati; e se in tutto il corso di essa non avrà tormentata l' iride, nè avrà fatto entrare dell' aria nell' occhio, oppure l' avrà subito fatta uscire; s' egli avrà sospesa l' operazione, le quante volte una dannosa contrazione avesse minacciato, o di danneggiare l' iride, o di fare uscir fuori gran parte dell' umor vitreo, se nel toglier la casula, egli avrà potuto risparmiare la jaloidea, nè molta parte del corpo vitreo siasi posta entro ai margini della ferita; ed in fine se la cornea si vedrà bene ricomposta vi sarà tutta ragione di pronosticare il più felice esito; purchè l' oculista sia per altro sicuro di avere tirato fuori il corpo della lente, e di avere o squarciata largamente d' alto in basso o distrutta la parte centrale della casula, o di averla tirata fuori.

Se avrà posto in opera le regole già spiegate potrà sperar l' esito felice.

§. 13. Molte osservazioni mi hanno dimostrato con tutta evidenza che potrà rimanere nell' occhio la parte della casula, la quale forma la sua periferia, e che la jaloidea, come anche la casula posteriore non hanno veruna dannosa influenza, se si eccettui qualche caso rarissimo in cui la casula posteriore si trovasse di già ingrossata, ed opaca, ne' quali casi sarà facile toglierla mediante le pinzette; i nostri maestri hanno dubitato perfino, che l' offesa o della jaloidea, o della casula posteriore dar potesse origine ad un lento processo infiammatorio, il quale portasse l' offuscamento di essa, e quindi la cateratta secondaria. A che risponderò aver io molte volte punta col cistotomo, ed anche pizzicata la jaloidea, e straziato l' umor vitreo nel maneggio delle pinzette senza che per questo avesse luogo la cateratta secondaria, ma credo, che stante la confusione con cui praticavasi da molti oculisti l' estrazione della cateratta non avessero quelli potuto conoscere di aver lasciato nell' occhio la casula ancor trasparente e soltanto aperta nel mezzo, oppure distaccata dalla sua periferia inferiormente, e non hanno potuto accorgersi, che la casula si era arrovesciata, e nascosta, o in alto, o ne' due lati dell' iride, e che poi

La periferia della casula può rimanere, nè la jaloidea, nè la casula posteriore si troverà offuscata.

discendendo in basso è stata origine di una cateratta secondaria di cui non aveano potuto indovinare la derivazione e perciò hanno supposto doversi questa attribuire all' offesa della jaloidea, o della casula posteriore.

Cure da praticarsi dopo.

§. 14. Allorchè l' occhio sarà stato ricomposto si dovrà aver cura dell' infermo, ed usare ogni diligenza perchè l' estrazione non riesca infruttuosa, come spiegherò più sotto.

TEOREMA I.

Quale sia l' organo che più devesi rispettare nella pratica dell' estrazione.

Le parti offese nella pratica dell' estrazione sono poco sensibili.

§. 1. Se si consideri quali parti vengano recise dall' oculista nel fare l' estrazione anteriore parrà impossibile, che questa possa venir seguitata da infiammazione grave, perchè la lente, e la casula ancorchè maltrattate si portano via, e sono parti dotate di così scarsa vitalità, che possiamo straziarle, o ferirle senza che l' uomo senta molestia, e che ne' casi di depressione vengono straziate e lasciate entro l' occhio senza grave danno, e senza che vadano in suppurazione se non di rado. Se si consideri la cornea, essa non sembra disposta ad infiammarsi perchè anzi non di rado possiamo ferirla, e pungerla senza che insorga grave infiammazione essendo scarsa di vasi sanguigni, e di nervi grossi; e ciò è tanto vero, che quando l'occhio è infiammato, come ne' casi d' ipopio, e di grave oftalmoblennorrea possiamo ferirla per evacuare l'umor acqueo senza eccitare veruna infiammazione; in generale i tagli della cornea quando non fossero molto lunghi si son veduti guarire prontamente ossia che fossero stati praticati per dar vuotamento all' acqueo, o ne' casi di coropeja senza altro eccitare se non una mite e salutare infiammazione adesiva.

L' iride non può soffrire contusioni.

§. 2. Non così può dirsi dell' iride, questo veramente è il solo organo, il quale trovasi in pericolo nel tempo dell' estrazione anteriore perchè, i ferri, e la cateratta debbono urtarlo nell' attraversare la pupilla, e chiunque conosca la sua tessitura ricca al sommo di vasi sanguigni, e di nervi facilmente si persuaderà

essere questo l' organo da rispettarsi, onde non sorga l' infiammazione consecutiva dannosa, e per maggior prova faccio notare, che questa suole avere il carattere di un' iritide.

§. 3. Per tutte queste ragioni, e per causa di molti chiari sperimenti che ho in parte recati ad esempio, (vedi pag.83. ed 84.) e di altri de' quali più fiate avrò campo di ragionare rimane provato, che l' organo da rispettarsi nell' estrazione è l' iride, e questa verità costituisce il fondamento principale su cui aggirasi tutta la soluzione del problema finora esposto.

L' iride è l' organo da rispettarsi.

§. 4. Opporranno per altro i più istruiti nell' ecraxiologia, che si è potuto in molti casi di cateratta ferire, e tagliare impunemente questa membrana, e che ne' casi di cetomia e di dialisi abbiamo usato reciderne grandi pezzi, strapparli fuori, ed anche distaccarla dal margine dentato della coroidea senza dar principio, nè a gravi oftalmie, nè all' iritide. Vedi lib. II. pag. 160.

Opposizioni, che verranno addotte.

§. 5. A queste opposizioni ho già risposto facendo conoscere che l' iride siccome tutte le parti più sensibili può venire tagliata, ed anche distaccata, e ferita impunemente; ma non soffre di essere o pizzicata, e contusa, o spinta a stroppicciarsi contro i lembi della cornea ferita senza grave pericolo, che ne venga l' infiammazione, ossia l' iritide.

L' iride può venire tagliata, ma non già contusa

§. 6. Io riguardo per l' oculista l' iride, come deve il litotomista riguardar la vescica, la quale non può senza grave pericolo venir contusa, e straziata nell' operazione della pietra; e questo primo teorema serve di fondamento a tutta l' ecraxiologia, come s' intenderà più chiaramente nel leggere il presente trattato.

L' iride si deve paragonare alla vescica per la sua sensibilità.

TEOREMA II.

Se importi alla guarigione ed alla restituzione della vista, che la cornea possa guarire, come dicono i maestri di chirurgia per prima intenzione.

§. 1. Quantunque nella maggior parte de' casi di operazione sembri indifferente al chirurgo, che la ferita, o si guarisca per prima intenzione, oppure si cicatrizzi in seguito alla suppurazione,

Perchè la ferita della cornea debba guarire di prima intenzione.

non è per altro lo stesso in caso di estrazione anteriore, perchè se la cornea cade in suppurazione l'occhio può ben guarirsi e la ferita potrà venir cicatrizzata, come si dice di seconda intenzione; ma in questo caso la cornea cambia totalmente di tessitura perchè vi si forma una granulazione da cui derivano le materie marciose, e fra le sue lamelle spandesi del pus il quale ne corrode, e ne cambia l'organismo in cotal guisa che dopo la guarigione una gran parte si rimane, o atrofica, o offuscata e leucomatosa, e così ancorchè la suppurazione non si propagasse alle più interne parti, ancorchè non avesse luogo nè l'iritide, nè il vortice purulento ossia la totale suppurazione della cornea e dell' occhio, la vista rimarrà abolita, e l' occhio si troverà quasi nello stato di atrofia.

CAPO XIII.

Come venga impedita, e come abbia luogo l' esposta guarigione.

Consequenza che deriva dall' esposto più sopra.

§. 1. Dalle riflessioni esposte più sopra sorge adunque la regola, che dovremo con ogni studio procurare la guarigione della cornea per prima intenzione in tutti i casi di estrazione anteriore, altrimenti sarebbe perduto il desiderato successo stante la viziatura della cornea prodotta dalla suppurazione.

Circostanze che impediscono tale guarigione.

§. 2. Le cause che recano impedimento sono, o la palpebra inferiore quando si frapponga ai lembi della ferita, o l'iride, che vi formi un' ernia, o la parte più solida del vitreo, che s' insinui fra i lembi suddetti, ed a guisa di un corpo straniero impedisca la riunione di prima intenzione, o i grumi di sangue in caso di emorragia dell' iride, inconvenienti tutti da evitarsi.

In che modo si formi la cicatrice.

§. 3. Non credesse per altro il mio lettore, che tutta la densità della cornea si possa cicatrizzare di prima intenzione, e che passato un giorno, o due si trovi un tessuto di cicatrice solido, come talvolta addiviene dopo le ferite di parti molto vitali, la cornea è quasi direi una cartilagine, e la prima cicatrice viene a formarsi per agglutinazione delle sue lamelle; ma il di fuori, ossia la congiun-

tiva, che appartiene al luogo ferito suole guarire prontamente, e cessa allora lo scolo dell' aqueo, essa si agglutina e si forma un tessuto di cicatrice, il quale sebbene debole, serve a mantenere le parti a contatto, purchè l' occhio si tenga chiuso fintantochè infiammansi le laminette della cornea, e vengano a costituire un solido tessuto di cicatrice, il quale tutte le riunisca siccome è necessario. Si formano adunque nella guarigione felice, due cicatrici descritte nel II. lib. pag. 168, una la chiamo *cicatrice di agglutinazione*, e l'altra *cicatrice di tessuto*, la prima formasi in due o tre giorni, e la seconda richiede 16. o 18 giorni.

§. 4. I due esposti teoremi, e queste notizie formano la base di tutta la nostra pratica nell' eseguire l' estrazione anteriore della cateratta. Conseguenze dedotte.

CAPO XIV.

Della cura consecutiva all'estrazione anteriore ne' casi semplici.

§. 1. Quel tanto che ho spiegato nel capo XV. del libro II. pag. 163 e seguenti, vale a questo luogo, fuorchè devesi considerare che dopo l' estrazione anteriore della cateratta l' occhio trovasi in una condizione alquanto differente, essendo più lunga la ferita della cornea, e perciò si richiede maggiore scrupolosità nell' esercizio di quelle cure che ho raccomandato per l' ectomia finchè l' occhio non sia guarito. Perchè si richiede maggior cura

§. 2. La principale differenza deriva dalla maggior dimensione del taglio praticato nella cornea, il quale è ne' casi di estrazione anteriore quasi il doppio più lungo, che ne' casi di ectomia, e ne' casi di prolasso del vitreo, e di palpebra inferiore rigida l' occhio trovasi in pericolo di suppurare, come se fra i lembi della ferita si fosse insinuato un corpo straniero. Maggior lunghezza del taglio.

§. 3. La maggior lunghezza del taglio richiede più quiete da parte dell' infermo innanzi, che sia formata la cicatrice di agglutinazione, e più giorni perchè si formi la cicatrice di tessuto; per la qual cosa sarà necessario raccomandare all' infermo una scrupolosa osservanza delle nostre regole, ed invece di aprire Rigore necessario, e libertà che si potrà accordare all' infermo.

l' occhio dopo 16 giorni si dovrà lasciarne decorrere 18 ed anche 20 dal giorno dell' operazione. Debbo però avvertire, che anche nel primo giorno io non esercito quel rigore a cui molti buoni professori stanno attaccati, i quali proibiscono perfino all'infermo di mettersi sul fianco, di prender tabacco, ed altre cose quasi indispensabili per taluni. L'eccessivo rigore fa che l' infermo prestamente si stanchi della posizione prescrittagli, e poi si agiti divenendo irrequieto, o almeno cerchi sollievo mettendo in contrazione molti muscoli del suo corpo con danno dell'occhio, e per questo io non proibisco mai assolutamente, che se si stancasse di star supino, egli possa volgersi su l'uno, o su l'altro fianco dolcemente, e se trattasi di operazione ad un sol occhio gli permetto di coricarsi su quel fianco nel quale sia l' occhio intatto.

Altre indulgenze, che si possono accordare.

§. 4. Ugualmente uso indulgenza non privando del tabacco da naso coloro, i quali perchè abituati non potranno sternutare e soffrirebbero molto a privarsene, dicasi lo stesso per tutti coloro, che sono abituati a fumare, questi potranno anche fumare purchè usino qualche precauzione per non veder la luce, nè far penetrare il fumo per la via de' punti lagrimali entro le palpebre.

L'ernia si forma facilmente, ma non è così dannosa.

§. 5. Chiunque osserva un' occhio tagliato per estraerne la cateratta e lo confronti con quello, che ha subìto l' ectomia vede ad ogn' istante agitarsi più notabilmente nel primo il margine della cornea ferita per le contrazioni dell'occhio; locchè dipende dalla maggior lunghezza della ferita, e di fatti ne' casi di estrazione facilmente l' iride s' insinua fra i lembi della ferita, oppure si forma l'ernia molto più sovvente, che ne' casi di ectomia. È però vero, che l'ernia dell'iride non arreca grave danno perchè l'iride insinuandosi fra le lamine della cornea tagliata vi si agglutina, e forma tessuto di cicatrice con essa, nè produce l'effetto di un corpo straniero; ma non così è allorquando la palpebra inferiore s' intrometta nella ferita, o quando vi sia caduto un gran fiocco del corpo vitreo, e questo abbia cominciato a suppurare, può esso dar principio ad una fatale suppurazione di tutto l' occhio.

Come la suppurazione del vitreo si propaghi talora alle interne parti.

§. 6. Nella maggior parte de' casi però la forza di coesione della cornea ferita supera la resistenza del corpo vitreo, ed i lembi si agglutinano benissimo separandosi la parte esteriore del

fiocco vitreo, la quale non di rado cade in gangrena e si distacca dopo qualche giorno; ma se l'uomo ha poca energia vitale, se l'umor vitreo fosse molto tenace, o facile ad alterarsi; allora la mortificazione potrebbe dall' esterno communicarsi alle parti più profonde dell' occhio, siccome talvolta ho osservato in persone scorbutiche, e deboli. In questi casi essendo stata rotta la jaloidea, e trovandosi il vitreo fra i lembi della ferita si è propagata la mortificazione lungo il detto umore, e tutto l' occhio cadde in suppurazione, ed in questi casi, che per buona sorte sono rarissimi, l' oculista si trova ingannato perchè l'infermo non accusa verun dolore, e dopo otto giorni suol trovarsi l'occhio in suppurazione, e poi cade in atrofia.

Come si possa evitare la suppurazione descritta.

§. 7. Ad evitare questo fatale avvenimento giova in primo luogo che nell' eseguire l' estrazione anteriore si conservi la jaloidea, perchè allora viene sempre contenuto il vitreo dietro l' iride, nè ha luogo il prolasso, e quando il detto umore cadesse fuori ho tentato qualche volta di reciderlo; ma ho notato, che sovente la recisione è inutile perchè poi cade fuori un' altra parte di vitreo, e non si può continuar sempre a recidere senza pericolo di vuotamento, d' altronde se l' umor vitreo caduto fuori non sarà propriamente quello, che ne forma il tessuto centrale la sua parte fluida facilmente si separerà, e le cellette più esteriori si vuoteranno, e cadranno fuori dell' occhio senza conservare una continuità col rimanente di detto umore, perchè vengono separate dall' azione de' lembi della cornea che si chiudono, quando formasi la prima cicatrice ch' io chiamo di agglutinazione.

Come debbasi trattare il vitreo che esce fuori dalla ferita.

§. 8. Io dunque sono solito in caso di prolasso ricomporre l'occhio dopo finita l' operazione, e vedere se il vitreo esterno si distacchi. In caso contrario, se il fiocco esteriore è tenuissimo lo lascio stare, ma se è molto grosso e tenace, lo recido mediante le forbici, e pratico anche più d' una recisione, se mai detto umore esca e mi presenti qualche nuovo fiocchetto, indi chiudo le palpebre col solito drappo gommoso.

Come si debba tirar la palpebra e far elevare l'occhio.

§. 9. La regola d' obbligare l' infermo a volgere l' occhio in alto, e di tenere stirata alquanto la palpebra inferiore (Vedi lib. II. pag. 164. §. 5.) finchè le labbra della ferita sieno ben ricomposte è utilissima in questi casi di prolasso del vitreo non sola-

mente per fare, che si distacchi la parte esteriore o che si vuoti e divenga tenuissima; ma altresì per impedire, che la palpebra inferiore possa insinuarsi fra i lembi della ferita.

Ricomposto l'occhio si terrà chiuso per 18: o 20: giorni.

§. 10. Ricompostasi adunque la cornea a norma delle circostanze sarà utile seguitare in tutto il resto quel tanto che ho detto doversi praticare dopo l'cetomia nel capo XV. lib. II. più sopra citato, e solamente si lascierà chiuso l'occhio per diciotto, ed anche 20 giorni.

Pruove, che mi hanno convinto di ciò.

§. 11. Dopo l'estrazione della cateratta è così importante, che l'infermo stia in quiete, e nell'oscurità per 18 giorni almeno, e che ne' primi cinque giorni, egli stia in letto, che non saprei abbastanza raccomandarlo. Io me ne sono convinto per varie pruove assai chiare, e principalmente, ciò che mi persuase si fu una osservazione fatta l'anno 1812 nella città di Ferrara.

Osservazioni fatte l'anno 1812 in Ferrara.

§. 12. Ebbi allora occasione di estrarre le cateratte a varie religiose ne' monasteri di quella città, e notai che tutte si erano guarite felicemente, notai pure, che taluni giovani robusti, e di buona costituzione non si poterono guarire con eguale felicità quantunque avessi impiegato le medicine interne le più addattate, ed avessi anche prescritto emissioni di sangue, e generali e locali. Questa osservazione mi richiamò alla mente la somma rassegnazione con cui quelle buone religiose aveano sopportate le operazioni, e la quiete in cui si son tenute essendo bene assistite, e standosi alle mie prescrizioni colla massima scrupolosità, io avea notato altresì la naturale vivacità de' giovani e robusti soggetti, i quali o sotto l'operazione, o peggio ancora dopo furono irrequieti, e sregolati; per la qual cosa ho conchiuso esser della massima necessità custodire gl' infermi e rendergli docili nell'atto dell'operazione, e dopo, più assai che il medicarli, ed a misura che mi sono perfezionato nell'arte di renderli obbedienti, e di fargli ben custodire ho lasciato le medicine, e tutti i mezzi di controstimolo. Stabilite queste massime senza farla da medico ottengo più felici risultamenti, che quando corredato di teorie e di farmaci copiosi io sperava debilitare, e quietare l'organismo in tal guisa da prevenire, e troncare, o almeno moderare le gravissime infiammazioni. Quelle gravissime oftalmie traumatiche non si mostrano quasi mai al presente, e se qualche

volta debbono disturbare la felice guarigione io posso pronosticarle perchè dipendono da qualche imperfezione nell' esercizio delle manovre, o da irrequietezza degl' infermi, o da cattiva custodia.

§. 13. Quando finita l'operazione io son rimasto soddisfatto, ed ho potuto asserire, che vi era tutta ragione di sperar bene, il buon sucesso in questi casi non mi è mai venuto meno. Ometto ora di esporre i sintomi dell' oftalmia mite, e della grave consecutiva perchè sono gli stessi che ho esposto nel libro II. capo XVI. come ancora le avvertenze da tenersi sono le medesime ivi spiegate pag. 168 e seg.

Perchè non si descriva l' oftalmia mite, e grave.

§. 14. Riguardo al capo XVII. debbo ripetere quanto ho accennato più sopra che in caso di estrazione l' ernia dell' iride è più frequente ad incontrarsi che non lo sia ne' casi di ectomia a cagione del più lungo taglio, che apporta una maggiore facilità a scomporsi ne' margini della ferita, principalmente se l' uomo fosse irrequieto; ho studiato quali potessero essere le cause prossime dell' ernia, onde evitarla per quanto è possibile, ed ho conosciuto, che la migliore precauzione è la quiete del malato; poichè sempre l' ernia deriva da' movimenti proibiti all' infermo dopo l' operazione, come sarebbe aprir l' occhio, agitarsi con vivacità, spremer le fecce, gridare ad alta voce, masticar cose dure, o mettersi a riguardare de' corpi. Vi sono molti i quali ad onta del drappo gommoso si sforzano di guardare gli oggetti da cui son circondati, e tutto ciò devesi proibire, o impedire mediante l' oscurità in cui si terrà l' infermo.

Facile formazione d'ernia dell' iride.

§. 15. Riguardo alla cura delle residue oftalmie, e del flusso palpebrale, sarà sempre buona regola curare tali infermità prima dell' operazione, perchè questa non è tanto innocua siccome l' ectomia stante il lungo taglio della cornea, e più aumentasi il pericolo per la facilità con cui esce qualche fiocco del corpo vitreo, dopo aver tolta via lente e casula. Abbiamo però spiegato una condizione particolare in cui l' estrazione della cateratta venne felicemente eseguita onde calmare l' iritide, e non mancano nel mio giornale molti esempj di flusso palpebrale lasciato senza cura prima dell' operazione; ma allorchè l'uomo fosse scorbutico e gracile, o quando il flusso palpebrale fosse molto inoltrato, ed accompagnato da molto vizio della congiuntiva sarà una lodevole precauzione quella di curarlo

Oftalmie da curarsi prima dell' operazione.

prima di venire all' operazione, perchè gl' uomini scorbutici, e gracili sogliono avere la cornea molto sottile, e quindi la forza agglutinante ne' margini della ferita è per tale circostanza assai debole, inoltre le copiose materie separate dalle ghiandole di meibomio rimanendosi chiuse fra le palpebre possono con facilità degenerare, e dar fomite ad una grave suppurazione particolarmente in que' casi in cui avesse luogo il prolasso del vitreo, perchè alterati i fiocchi che sono fuori, se la ferita non sia fortemente agglutinata, può con facilità propagarsi la suppurazione alle parti interne dell' occhio lungo le cellule dell' umor vitreo.

CAPO XV.

Indice de' casi più complicati e pericolosi consecutivi all' estrazione.

I casi più complicati che si presentano dopo l' estrazione si possono ridurre ai seguenti.

Iride contusa.

I. Allorchè l' iride sia stata gravemente contusa, ed abbia luogo la fatale emoragia dell' iride.

Disposizione all' iritide.

II. Quando l' iride non è stata molto contusa, ma per estraordinaria sensibilità, o mala idiosincrasia del soggetto sorge l' iritide grave.

Iritide mite che porta sinizesi.

III. Allorchè sorge iritide mite, la quale potrebbe cagionare cateratta secondaria, e sinizesi.

Ernia dell'iride che porta vizio della pupilla.

IV. Allorchè i movimenti dell' uomo dopo l' operazione, oppure i tentativi di riguardare intorno a se, abbiano cagionato ernia dell' iride, e quindi possano produrre eccentricità, ed occlusione della pupilla.

Suppurazione del vitreo.

V. Allorchè l' umor vitreo rimasto fuori dell' occhio con qualche sua porzione sia suppurato, e minacci propagare la suppurazione a tutto il rimanente di detto organo.

Palpebra inferiore nella ferita della cornea.

VI. Allorchè la cornea non sia stata ricomposta bene, e la palpebra inferiore insinuatasi fra i lembi della ferita, ne abbia impedita la riunione, e porti la suppurazione.

VII. Allorchè i residui della casula, o essa medesima rimasta tutta intera dentro l'occhio abbiano determinato la formazione della cateratta secondaria.

Resti di casula che danno cateratta secondaria.

CAPO XVI.

Intorno all' emorragia grave dell' iride rare fiate osservata.

§. 1. Il caso in cui l'iride venga molto contusa, e distesa devesi evitare come ho spiegato più sopra, poichè se incomincia l'emorragia, e se vengono in seguito i singhiozzi, il vomito, e la tosse forte non siamo più a tempo di salvare l'occhio, e la suppurazione e dolori gravissimi, o gonfiamento enorme dell' occhio sono conseguenze inevitabili.

Conseguenze gravi delle contusioni d' iride.

§. 2. Ho tentato tutt' i mezzi curativi i più decisivi, ed i più arditi, ma dopo incominciata l'emorragia son riusciti inutili, e ciò, che mi riuscì meno male in questi tristissimi casi è stata la risoluzione di aprire la palpebre, e tagliare via i grumi di sangue, e l'iride erniosa, ed anche se ciò non bastasse recidere la cornea, che forma come un lembo rialzato, e portar via con buoni colpi di forbice tutto ciò che si presentasse sopra il livello de' lembi della ferita. Qualche volta la contrazione violenta in cui si trovava l' occhio mi ha portato fuori tutto il vitreo, e con esso la retina, e la coroidea; tagliate via queste parti l'emorragia cessò prontamente, e l'irritazione si calmò sotto qualche applicazione di neve talchè l' uomo soffrì per momenti, e non già per settimane, o mesi, come accade quando non si recidano le parti protuberanti.

Mezzi curativi.

§. 3. Per buona sorte sono però decorsi molti anni dacchè questo tristo caso non mi è avvenuto, ed in tutta la mia pratica non conto che 6 casi di emoragia registrati nel mio giornale, quattro de' quali furono osservati allorquando l'estrazione si eseguiva da me con regole incerte, e mal determinate, e due in questi ultimi quattordici anni, ma avendo reciso tutto ciò, che presentavasi, sopra il livello della cornea si ottenne la calma, e l'occhio restò in atrofia, senza che avesse luogo grave infiammazione.

Soli 6 casi osservati in tutta la mia pratica.

CAPO XVII.

Quando sorga iritide mite, che potrebbe divenir cronica o produrre sinizesi lenta.

Uomini, che sopportano più o meno le contusioni dell'iride.

§. 1. In generale non sorge l'iritide qualunque volta il taglio della cornea sia stato di giusta misura, e la lente sia uscita fuori con facilità, nè vi sia stato bisogno di molto agitare le pinzette per toglier la casula; ma a questi urti vi sono uomini, che resistono più, ed altri meno in guisa che talvolta vi sarà stato dello stento nel dar passaggio alla lente, eppure non sorgerà iritide, altre volte l'operazione ci sarà sembrata esser riuscita con poco tormento dell'iride, eppure l'iritide si sarà sviluppata.

Applicazione delle sanguisughe in molti casi.

§. 2. Per questa ragione è mio costume ordinare, che in termine di due ore dall'operazione venga applicata una mignatta nel consueto modo, qualunque volta io mi sia avveduto, che la contusione dell'iride non sia stata perfettamente evitata; ma quando il taglio sia riuscito di giusta misura, e la lente, e la casula sieno uscite senza tormento dell'iride, allora io non faccio, che ordinare all'infermiere di starsi attento singolarmente la notte, e quando sorgessero dolori di qualche durata ed estesi sull'orbita, o nel contorno dell'occhio subito faccio applicare una mignatta, come ho spiegato (lib. II. cap. XVI.). Qualunque volta l'emissione del sangue porti alleviamento ai dolori per molte ore, o per un giorno, o due, io spero bene, e subitochè il dolor cupo, e costante si rinnovi, o nell'occhio, o nel suo contorno faccio applicar nuovamente la solita mignatta, e così rinnovandone talvolta due, talvolta tre e quattro, e fino a 10 e dodici ho veduto superarsi felicemente l'iritide, e guarire l'infermo.

Amministrazione de' purganti.

§. 3. Non rare fiate sotto il tormento de' dolori la digestione si altera, e si ritarda, l'infermo accusa stitichezza, e bocca amara fenomeni che sovvente dipendono anche dallo stare in letto, e qualunque volta vi sieno i segni dell'indicato gastricismo, e non di rado anche per prevenirlo, amministro qualche leggiera purga

prescrivendo il cremore di tartaro, o la magnesia, ed anche il sale inglese, o il calomelano secondo i temperamenti, e le abitudini degl' infermi.

§. 4. Con questi mezzi semplicissimi se l' infiammazione non sarà grave, e se il tormento dell' iride non sarà stato eccessivo si vedrà troncata l' iritide, e decorsi diciotto giorni l' occhio si troverà in buono stato, e tanto se l' iride non sia stata molto offesa, quanto se l' iritide sarà mite, purchè il soccorso sia pronto, e ripetuto per quante volte bisogna, fino alla perfetta cessazione de' dolori si vedrà allontanarsi il pericolo della sinizesi, e della cateratta secondaria, e si avrà la calma desiderata in tempo di notte. Può così ristabilirsi l' occhio.

§. 5. Qualche volta appena insorta l' iritide, che per lo più suol presentarsi nella notte consecutiva all' operazione, e che talvolta incomincia dopo l' agglutinazione della ferita, cioè cessato lo scolo dell' acqueo, si è applicata la mignatta con buona fortuna, ed i dolori essendo calmati l' assistente non si è curato di altro, ma dopo due, o anche tre, e quattro giorni ricominciava nella notte il dolore, e si era trascurata la mignatta tanto più che nel corso del giorno l' uomo trovavasi in calma, in questi casi avendola applicata nuovamente, e replicatone l' uso per due o tre notti consecutive si ottenne la perfetta cessazione de' dolori, e la felice guarigione. Ritorno de' dolori e nuove applicazioni di mignatte.

§. 6. Qualunque volta però i dolori aumentassero ad onta della mignatta, e delle purghe, e qualunque volta sorgessero dopo quattro, sei, ed anche otto giorni, e fossero gravi, nè potessero alleviarsi mediante l' applicazione della mignatta sarà evidente indizio che l' iritide sarà di natura grave, ed insuperabile, e che porterà quindi lo sviluppo dell' ipopio, sviluppato il quale, e cominciatasi la suppurazione, o dell' iride, o del corpo vitreo qualunque soccorso dell' arte riuscirà infruttuoso. Indizii dell' iritide grave.

§. 7. I medesimi ostinati dolori sorgono, quando il vitreo, che stà fuori dell' occhio si marcisce, e minaccia propagare alle interne parti la suppurazione principalmente ne' casi in cui il flusso palpebrale sia stato negletto, ed in questi casi bisognerà far eccezione alla regola generale, di mantenere chiuse le palpebre per 18 giorni consecutivi, anzi al primo comparire de' dolori, Dolori che sorgono tardi, e necessità di aprir le palpebre.

decorsi appena due o tre giorni dall'operazione si dovrà non solamente applicare la mignatta, ma anche lavare le palpebre al di fuori, ed aprirle per qualche mezzora, onde i materiali raccoltisi abbiano scolo.

Recisione del vitreo da farsi anche dopo un giorno, o due.

§. 8. Se la cornea non sia stata benissimo ricomposta sarà lecito dopo un giorno, o al più due nuovamente aprire le palpebre, e recidere quel fiocco di vitreo che si trovasse in mezzo ai lembi della ferita, e poi si obbligherà l' infermo a voltare in alto l' occhio tenendo depressa la palpebra inferiore, e si taglierà via qualche altro fiocco del vitreo, che potesse restare fuori de' lembi suddetti, e da ultimo ricomposto bene l' occhio, si chiuderanno le palpebre nel modo consueto.

Altri rimedj sperimentati inutili.

§. 9. Qualunque volta questi mezzi semplicissimi non riescano a portare la calma, ed a far cessare i dolori in poche ore, tutti gli altri rimedj conosciuti riusciranno inutili, come ho sperimentato.

Rimedii usati dal Prof. Beer ed osservazione de' suoi pratici.

§. 10. Io mi ricordo, che il valente maestro Beer ricorreva ai sinapismi, ai vessicanti larghissimi, e prescriveva internamente calomelano ed altri purganti, e varie cure le meglio indicate; ma tutti i suoi pratici mi assicuravano non aver quasi mai veduto una guarigione ottenuta con questi mezzi, ed erano soliti dire, che allorquando una volta si fosse stabilita la suppurazione nell'occhio aveano sempre notato, che tutte le cure immaginabili erano rimaste infruttuose, e che la distruzione dell'organo immancabilmente avea luogo dopo una lunga, e gravissima infiammazione.

Utilità ottenuta soltanto dalle mignatte.

§. 11. Lo stesso hanno sperimentato molti de' suoi allievi, ed io medesimo ne' casi infelici, ma unicamente le diligenze prescritte, e l' applicazione delle mignatte mi hanno portata l' utilità di vedere in breve termine cessata la grave infiammazione dell' occhio, quando fosse stata curabile.

Cure da usarsi in caso di suppurazione.

§. 12. La medesima rovina dell' occhio si osserva, e la grave infiammazione sviluppasi quando i lembi della ferita si riuniscano per seconda intenzione, ossia quando la suppurazione venga eccitata, o dall' umor vitreo, o dalla palpebra penetrata fra i lembi della ferita; in questi casi non resta altro a fare che procurare di moderare la violenta infiammazione col mezzo delle mignatte più fiate applicate, e mantenere facile la digestione col soccorso de'

purganti moderati, e frequenti, usiamo anche amministrare l' estratto di josciamo per assopire i dolori, allorchè insorgano al contorno dell' orbita.

§. 13. Ecco ciò che riguarda le consecutive cure ne' casi più complicati, e pericolosi, ma mi rimane a descrivere ancora le cure che bisognano ne' casi di ernia dell' iride, e ne' casi di cateratta secondaria, locchè spiegherò in due capi separati. Ernie, e cateratte secondarie da curarsi.

CAPO XVIII.

In cui trattasi dell' ernia dell' iride consecutiva all' estrazione anteriore della cateratta.

§. 1. Uno de' rimproveri, che si fanno a' seguaci dell' addottato metodo è, che si mettono al pericolo di veder sorgere non solamente la deformità della pupilla, ma altresì l' ernia dell' iride. Pericolo dell' ernia in caso di estrazione.

§. 2. Pur troppo ne' primi anni della mia pratica quest' ernia fu per me cagione di gravissimo imbarazzo, e di grandi afflizioni; poichè non avendo a quell' epoca l' ardire di tagliarla via, usava chiudere le palpebre, e metter di nuovo a letto l' infermo, e tenervelo per qualche settimana, applicava medicine astringenti, e perfino la pietra infernale; ma sempre l' ernia persisteva più, o meno ampia, ed ostinata per due, fino a quattro mesi, e qualche volta dopo essermi trattenuto in una città vicino all' infermo per quattro mesi e più, ebbi il rincrescimento di vedere, che mentre l' ernia s' impiccioliva la pupilla si faceva bassa, e ristretta, e l' iride irritata o dalla pietra, o dall' urto delle palpebre versava della linfa concrescibile entro il lume della residua pupilla, la quale vincolava il margine pupillare, e lo legava colla cicatrice, e così al finire della cura trovavasi cecità o totale, o quasi totale ed cravi o sinizesi complicata con sinechia e cateratta secondaria, o ceratoscotesi complicata. Inconvenienti da me sperimentati.

§. 3. Ho dunque studiato quanto mi era possibile onde riconoscere, ed evitare le cause dell' ernia dell' iride, e non ho potuto a Cause delle ernie, e loro effetti.

meno, che riguardare questo difetto, come uno de' principali inconvenienti da calcolarsi nella pratica dell' estrazione anteriore, ed ho conosciuto chiaramente, che se l' uomo stà in quiete, e nelle tenebre, e se ci riesce di conservare intatta la jaloidea, oppure se venga tagliata via la falda inferiore dell' iride nell' atto di compiere il taglio della cornea allora non si vedrà sorgere l' ernia dell' iride.

Recisione sperimentata utile.

§. 4. Dopo l'anno 1816. ho per altro eseguita la recisione dell'ernia suddetta, in un modo consimile a quello descritto nel II. lib. Annot. IX pag. 301 ed ebbi il piacere di vedere che la recisione prontamente riusciva a curarla mantenendosi aperta, e libera la pupilla, ne' casi di ernia voluminosa, ed impiegai le forbici a becco di grue. Ne' casi però di picciola ernia avendo notato, che queste picciole elevazioni al di sopra del livello della cornea, o della sclerotica sono cagione, che l' occhio rimanga a lungo irritato, mi son determinato a toglierle via trapassandole mediante la punta di un coltello da cateratta; e se l' ernia rinnovasi dopo il primo taglio passati 3 o 4 giorni replico la stessa recisione.

Sollecita guarigione ottenuta.

§. 5. In tutti questi casi avendo ottenuto felice successo dalla recisione delle ernie ho dunque scancellato dalla serie de' difetti, che si possono attribuire al metodo anteriore di estrazione quello che riguarda l' ernia dell' iride, perchè si può ora ottenere sollecitamente la guarigione, e non porta altre conseguenze fuorchè la discesa della pupilla, la quale non è poi un difetto di molta importanza siccome ho spiegato pag. 72. e 73.

Si chiudano le palpebre dopo la recisione dell' ernia.

§. 6. Dopo avere praticata la recisione dell' ernia dell' iride, ciò che molto facilita la guarigione si è l' avvertenza di chiudere le palpebre all' infermo per due, tre, o al più quattro giorni, come dopo l' estrazione; spirata la qual epoca sarà probabile, che si trovi l' occhio guarito a perfezione.

CAPO XIX.

In cui vengono esposte le difficoltà, che insorgono nell'atto dell' operazione, e si danno spiegazioni ulteriori riguardo alla maniera di porvi riparo.

§. 1. Non di rado l'oculista procura eseguire puntualmente le regole esposte nel problema I. ma sorgono difficoltà inaspettate; se per esempio il paziente nasconderà la cornea, tirandola ostinatamente verso il canto interno dell'orbita, ciò formerà una difficoltà molto considerabile, e peggio andrà la cosa se l' occhio rifugga verso il canto interno nell' atto in cui il coltello eseguisce la punzione, allora quasi sempre addiviene, che la ferita riesce troppo corta, e bisogna passare l' ago col filo per la congiuntiva.

Difficoltà, che si presentano nell' atto di tagliar la cornea.

§. 2. Allorquando siamo per dar compimento al taglio notasi spesso, che l' occhio si mette in contrazione, e l' iride presentasi sotto al coltello, e pare che la cateratta voglia precipitarsi fuori dell' occhio, in questi casi è necessario sospendere il taglio, ed aspettare, che sia cessata la contrazione. Io sono solito badare scrupolosamente onde il compimento del taglio si esegua allorchè l' occhio è in calma, e prima di terminarlo avviso l' assistente, che lasci discendere dolcemente la palpebra superiore, anzi tutti i buoni osservatori sono stati sorpresi notando, che quasi sempre io dò compimento al taglio sotto le palpebre, e non faccio mai eseguire un' apertura violenta di esse.

Come si debba evitare di compiere il taglio, quando l occhio è in contrazione.

§. 3. Se la lente rimane al suo posto dopo il taglio della cornea, e se questo sia di giusta misura attendo a squarciare la casula in alto formandovi o un taglio semilunare o due tagli curvilinei ad angolo, e subito dopo mi occupo di distruggere il centro della casula, ma le contrazioni dell' occhio son quelle, che non lasciano il tempo di ciò praticare, e procuro evitarle non facendo nè forti pressioni attorno l'orbita, nè facendo aprire molto le palpebre. In questo secondo tempo dell'operazione faccio elevare il meno possibile la palpebra superiore, anzi per lo più

Come si debba squarciare la casula senza che l'occhio si metta in contrazione.

la tengo sospesa col dito indice della mia mano, che non porta stromenti, onde esser pronto ad abbandonarla subitochè ricomincia la contrazione del globo dell' occhio.

Cateratta dura inviluppata con pericolo di contusione all' iride.

§. 4. Quando la cateratta sia voluminosa, e dura, nel passaggio porta essa quasi sempre fuori dell' occhio gran parte dell' iride e minaccia la fatal contusione, e strofinio. Se il taglio della cornea fosse picciolo, e la cateratta grande, si vedrà presentarsi invece della cateratta una vasta ernia dell' iride, e qualunque volta la lente se ne liberasse con difficoltà, e l' ernia presentasse un diametro maggior di due linee, vi sarà molto a temere per l' iride.

Come occorra prolungare il taglio della cornea.

§. 5. In questi casi gioverà sospender l' operazione, ed occuparsi di allungare il taglio della cornea nel modo spiegato più sopra; io credo, che il migliore stromento sia un coltello da cateratta, che si porta dentro la ferita, e che attraversa la parte della cornea immediatamente superiore al confine del taglio. Vedi Tav. VI. Fig. 1.

Come si accompagnerà fuori la cateratta.

§. 6. Se la cateratta non si libera dall' iride appena compiuto il taglio, allora è d' uopo introdurre il cistotomo, e spezzarla se è molle, rialzarla se è solida, fintantochè il suo lembo inferiore superi il margine pupillare, e dopo abbandonandola da se sola uscirà per la contrazione dell' occhio.

Difficoltà, che sorge quando la casula non sia stata bene squarciata.

§. 7. Sorge una considerabile difficoltà quando la casula non sia stata squarciata bene nel secondo tempo, perchè venendo al quarto momento dell' estrazione si trova o l' intera casula, o i suoi due lembi squarciati che respinti dalla lente nel passaggio si nascondono dietro l' iride, e ciò reca molta difficoltà a dar compimento all' estrazione, aggiungasi, che le contrazioni minacciano il prolasso del vitreo, e che le pinzette, ed anche l' uncino possono con tutta facilità lacerare la jaloidea, cosa da evitarsi, siccome ho spiegato perchè rotta quella membrana ha luogo il prolasso del vitreo.

Nel toglier la casula non si tenga molto aperto l' occhio, nè molto compresse le palpebre.

§. 8. Bisognerà dunque eseguire la quarta regola senza tener molto aperto l' occhio, e senza far contusione alla palpebra superiore sospendendo l' operazione ad ogni minaccia di contrazione oculare. Con tali avvertenze si potrà sperare di toglier via bastante casula senza rottura di jaloidea, nè prolasso di vitreo, se però an-

che ciò accadesse, non dovremo mai disperare della guarigione; principalmente quando il vitreo sia uscito senza impeto.

§. 9 Questi sono inconvenienti molto communi ad osservarsi, ma notiamo inoltre non di rado l' ifemia determinata dal taglio della congiuntiva di cui ho parlato, ed ho già spiegato, come si dovrà toglierla subito compiuto il taglio della cornea. Altre volte vediamo, che la lente non esce perchè il taglio della cornea è un pò corto, bisogna dunque esercitar qualche pressione sulla vicina sclerotica, o sulla cornea stessa, la quale da' nostri maestri facevasi senza limiti, e senza calcolo; in oggi non insisteremo nella pressione, ma se la lente si presentasse inviluppata dall' iride, si allungherà il taglio della cornea, come ho spiegato (pag. 81.), oppure basterà premer col dito la cornea in alto, e si vedrà il cristallino che mosso dal nostro dito supererà il margine pupillare inferiore dell' iride, e verrà fuori senza altre difficoltà, in questo momento il dito deve toccare la cornea, onde spinger fuori la lente.

Altre volte occorre toglier l'ifemia, o praticar pressione onde fare uscir la cateratta.

§. 10. Le tre principali difficoltà, di cui ho parlato in questo capo, cioè la contrazione violenta dell' occhio, l' ifemia, e l' inviluppamento dell' iride potranno venir superate con buona fortuna da chiunque abbia posto mente al detto fin quì; ma vi sono altre difficoltà le quali dipendono dalla forma dell' occhio, o dalla qualità delle cateratte.

S' incontrano altre difficoltà nella pratica.

CAPO XX.

Difficoltà che dipendono, o dalla forma dell' occhio o dalla natura della cateratta, e dal suo grado.

§. 1. Tutti conoscono che se l' occhio è molto infossato, ed appianato s' incontrerà difficoltà a praticarvi un taglio di misura giusta, ma più di tutto la difficoltà incontrasi quando la cornea sia quasi piana, e la camera anteriore picciola, come anche se la pupilla fosse molto angusta, perchè il taglio della cornea non darà facile passaggio alla cateratta, e si richiederebbe che la

Quando l'occhio è infossato, o la camera anteriore angusta, o la pupilla picciola devesi tagliar l'iride.

cornea fosse molto aperta, bisognerà in questi casi senza verun timore dirigere il coltello verso la lente, e ferir l'iride con tutta risolutezza, se mai si presentasse affinchè la ferita della cornea riesca grande, e l'operazione non sia stentata, e pericolosa.

Quando vien recisa l'iride conviene portarne via un lembo.

§. 2. È d'uopo dichiarare, che qualunque volta per la ristrezza, o della pupilla, o della camera anteriore saremo costretti a comprendere l'iride nel fare il taglio della cornea, ed in qualunque caso venisse tagliata, gioverà portarne via un pezzo, il quale in se comprenda porzione del margine pupillare, senza di che s'incontreranno gravissimi pericoli; è facile convincersi, che se l'iride fosse aperta in vicinanza della cornea, la cateratta dovendo uscire prenderebbe la via della nuova apertura, che è la più facile, e bassa, nè mai si presenterebbe per l'apertura della pupilla naturale, la quale si rimane socchiusa, ed elevata. In questo passaggio l'iride soffre uno strazio pria che il novello foro si accomodi al volume della cateratta, e più d'una osservazione di tal genere mi ha provato, che facilmente l'iritide è conseguenza dell'accennata difficoltà.

Sarà utile tagliar l'istimo dell'iride.

§. 3. Convinto del citato pericolo, ho stabilito, che ad evitarlo sarà utile portare il coltello da cateratta entro alla nuova apertura, attraversare l'istimo dell'iride, e fare uscir la punta del ferro per la pupilla in guisa, che nell'atto di tirar fuori il coltello venga diviso l'istimo che separava la nuova pupilla dalla naturale (Vedi Tav. VI. Fig. 3.).

Effetti vantaggiosi ottenuti dal taglio descritto.

§. 4. Con questo mezzo semplicissimo si apre una via facile alla cateratta in guisa, che passa liberamente, ed ho veduto con grande soddisfazione, che l'occhio suol guarire senza iritide e si evita questa pericolosa infiammazione, la quale per lo addietro mi avea per ben tre volte prodotto sinizesi e cateratta secondaria in caso d'istimo.

Utilità dell'estrazione in questi casi, e cattivo esito avendo preferito talvolta la depressione.

§. 5. In tutti i casi di occhio infossato è stato raccomandato da' nostri maestri che si abbandonasse il metodo dell'estrazione e si usasse la depressione, ma purchè si vogliano comprimere alcun poco i margini delle palpebre e non si abbia timore di reciden l'iride si potrà sempre usare il metodo addottato, e potrei quì citare forse 100 casi in cui gli occhi erano piccioli ed infos-

sati; ma non di meno ottenni buonissimo esito dall' estrazione anteriore; ed altri casi ne' quali avendo preferito la depressione l' esito è mancato.

§. 6. Gli occhi prominenti, e globosi offrono altre difficoltà, perchè trovandosi la parte anteriore dell' occhio sotto la pressione de' margini palpebrali vi è pericolo, che al compimento del taglio una gran parte di esso resti improvvisamente vuotata per l'azione della palpebra suddetta che si chiude; tanto più che l'occhio vien tirato in fuori dal coltello medesimo nel fare il taglio, ed uscendo gli umori improvvisamente per l' urto delle palpebre la cateratta presentasi inviluppata, se il taglio non sia di giusta misura. Bisognerà dunque por mente a far rientrare l'occhio siccome ho detto nel cap. VIII. §. 16. innanzi di compiere il taglio, e si dovrà far pressione col dito sulla cornea perchè la cateratta non esca portando l'iride appresso, e quando il taglio non fosse di misura giusta si dovrà allungare.

Negli occhi prominenti bisogna rimetter l'occhio nel fondo dell'orbita prima di compiere il taglio, e abbandonar le palpebre.

§. 7. Le casule tenaci, e membranose sono quelle, che oppongono il maggiore ostacolo alla riuscita dell' operazione, e perciò quando non fossero molli bisognerà sempre badare a farle uscire, onde non ne rimanga entro l' occhio tanta parte, che possa produrre cateratta secondaria. Ho notato, che la casula vicina ai legamenti cigliari si può sempre lasciare impunemente, ma la parte, che più importa di toglier via è quella che corrisponde alla pupilla avente la superficie di un circolo, che porti un diametro di una linea, o al più due.

Casula dura che devesi portar via.

§. 8. Allorchè la cateratta non sia da molto tempo incominciata, e che la facoltà di vedere in parte si conservi; noi diciamo che la cateratta è incompleta. In questi casi per lo più la casula è diafana ed un professore esperto nota, che l' opacità è profonda, ed il margine pupillare ha molta penombra. Ciò deriva dal perchè la casula anteriore si conserva tuttora diafana, e non male a proposito i maestri dell' arte hanno dichiarato che in questi casi non si deve por mano all' operazione. Credevano essi, che fosse costantemente necessario attendere la maturità della cateratta affinchè tutte le sue parti potessero con facilità distaccarsi dalle altre vicine, come distaccasi un frutto maturo. Questa idea di matu-

Perchè la cateratta matura sia stata giudicata più facile a curarsi.

rità è stata discussa dai moderni, ed abbandonata perchè molte volte si trovano delle cateratte antiche, le quali non si distaccano, ma anzi offrono grande resistenza, ed io moltissime fiate ho estratto delle cateratte immature con successo buono; devesi però stabilire per canone generale, che allorquando l'uomo conservi qualche grado di vista e possa regolare i suoi passi, almeno per quanto bisogna entro la casa non si dovrà mai praticare l'operazione, e solamente saremo autorizzati a tentarla, allorchè egli non possa più agire nella vita volgare. Il motivo si è che se l'uomo non fosse cieco non dovrà mai correre il rischio d'un'operazione in cui non è sicurezza, perchè se mal riesca ti fa perdere il tutto, se và bene non può darti, che pochi gradi di forza visiva stante la mancanza del cristallino.

Si danno casi in cui devesi estrarre la cateratta essendo ancor diafana la casula.

§. 9. Oltre le ragioni citate, io sono inclinato ad attendere il tempo in cui la casula sia offuscata perchè se è diafana, dopo uscita la lente riesce quasi impossibile vederla, e tirarla fuori, ciò non di meno si danno casi ne' quali l'opacità del solo nucleo della lente è sì rimarchevole, che non possiamo lasciare più a lungo cieco il nostro infermo quantunque la penombra pupillare e la profondità della cateratta ci facciano conoscere, che la casula sia tuttora diafana, locchè produce notabilissima difficoltà alla buona riuscita.

In questi casi si taglierà la casula pria che il cristallino venga spostato.

§. 10. In questi casi l'oculista dovrà procedere con somma lentezza, ed assai dolcemente nel dar compimento al taglio della cornea, e adoprerà il cistotomo senza far la menoma pressione sull'occhio, procurando tagliare la casula, quanto più potrà, innanzi di sollecitare il passaggio della lente, perchè allorquando la lente non sia stata rimossa dal suo posto essa offre un sostegno alla casula, e possiamo toglierla, ancorchè questa per la sua trasparenza non veggasi con chiarezza.

Cateratta voluminosa più o meno.

§. 11. Qualche volta si trova una cateratta voluminosa e dura che passa con difficoltà se non sia stata aperta la cornea bastevolmente, e ciò notasi quando la cateratta abbia un color tendente al giallo fosco, purchè non dipenda da atrofia. Le cateratte men voluminose sono quelle molli, biancastre, e tutte quelle che dipendono da atrofia, principalmente le arido-siliquate; ma fra

queste se ne trovano talune così tenaci, che non si possono spezzare mediante il cistotomo, non tanto perchè sieno veramente dure, ma perchè fuggono dal tagliente ondeggiando nel corpo vitreo, ed in questi casi dobbiamo, siccome ho già spiegato, afferrare la casula, o la cateratta, e tirarla fuori mediante le pinzette.

CAPO XXI.

Per quanti modi riuscir possa infruttuosa l'estrazione anteriore della cateratta vera.

§. 1. Sembra manifesto, che se in un occhio vi sia opacità della lente, la vista sarà impedita, e tolta la lente opaca dovrà ripristinarsi la facoltà di vedere; ma si danno imprevvedute combinazioni, le quali talvolta distruggono le nostre speranze, e lasciano deluso l'infermo, e l'oculista; gioverà dunque annoverare in questo luogo le cause, che possono influire al tristo successo, onde evitarle per quanto fia possibile. Cause imprevvedute annullano talvolta le nostre speranze.

§. 2. Qualche volta finita la cura, la pupilla è libera, l'occhio è risanato dall'infiammazione, e non dimeno la vista manca per causa di una imperfezione, che trovasi nel sistema nervoso, come ho detto essersi conosciuto ne' casi della Jengo, o del Varriano anche nel corso di quest' anno (Vedi pag. 16. §. 18.) Caso di nervi deboli.

§. 3. Altre volte siccome ho già spiegato l'iride nel momento del *passaggio* viene compressa, o straziata, o strofinata contro i lembi della ferita, oppure contro il cistotomo, ed in questi casi o sorge la fatale emoragia, o l'iritide, e quindi l'occhio si perde fra dolori acerbissimi, e suppurazione ostinata; ma se lo strazio dell'iride non fosse stato molto grave, allora sorgerà una moderata iritide, che potrà svilupparsi più o meno, secondo le predisposizioni dell'infermo, e che se non venisse abilmente troncata porterà l'atresia, ed il versamento di linfa che costituisce la cateratta secondaria, e può darsi anche il caso in cui l'iritide non si sviluppi sennonchè sotto l'impressione dell'aria, e della luce, quando già l'infermo credevasi guarito vedi lib. II. pag. 90. §. 44. nel qual caso ha luogo la sinizesi lenta. Cause dell'iritide, e dell'emoragia.

Origini della cateratta secondaria.

§. 4. Se poi la casula non fosse molle, e se la parte centrale non fosse stata, o portata via, o distaccata in guisa da non poter più risalire; potrà questa facilmente ricomporsi, ed ingombrar di nuovo il campo della pupilla, come abbiamo osservato principalmente in que' casi ne' quali, o staccandosi in basso, o dividendosi per metà sfugge alle ricerche dell'oculista subitochè la lente è uscita fuori.

Suppurazione che sorge per impedito contatto de' margini della cornea.

§. 5. Una quarta difficoltà al buon successo potrà derivare dal ricomporsi difficilmente la ferita, o perchè il taglio sia riuscito irregolare, o perchè vi sia penetrata la palpebra inferiore, o perchè una porzione del vitreo siasi posta fra suoi lembi, ed in questi casi ne' primi giorni l'uomo non accusa, che una lieve molestia; ma la ferita non guarisce di prima intenzione, e dopo otto, o dieci giorni la suppurazione sviluppatasi fra i lembi di essa propagasi a tutto il vitreo, e porta totale ipopio, ed atrofia.

Se la lente si precipita fuori dell'occhio sorge atresia causata da ernia vasta dell'iride.

§. 6. Finalmente si danno de' casi ne' quali, o perchè l'occhio è globoso o perchè l'oculista precipita l'operazione, nè usa le debite cautele, viene a compiersi il taglio, sotto le contrazioni, o sotto l'urto delle palpebre, o dando una scossa all'occhio, e per l'influenza di queste condizioni si precipita il cristallino con soverchio impeto portando fuori l'iride, e cagionando un'ernia, la quale potrà indurre atresia con sinechia, ed anche in questi casi se l'ernia non venisse recisa a tempo debito si sperimenterà la perdita della vista per l'atresia della pupilla.

Si conosce l'opportunità di quanto ho insegnato più sopra.

§. 7. Il mio lettore dal fin quì detto raccoglierà, che a giusto titolo ho dichiarato doversi evitare la pratica dell'operazione quando i nervi sieno viziati, e ne ho notato gl' indizii. Indi ho stabilito le regole da tenersi nella pratica onde evitare i tristi effetti di sopra citati, che sono l'emorragia, l'iritide acuta e cronica ossia lenta, la suppurazione per impedito coalito, l'ernia dell'iride e la cateratta secondaria.

Profitto ottenuto dalle regole esposte, e dilucidate.

§. 8. A proporzione, che gl' insegnamenti del maestro Beer, e la scorta della mia propria esperienza, mi hanno condotto a determinare le regole, e le dilucidazioni spiegate finora, ho veduto migliorare il risultamento delle mie operazioni di cateratta in cotal guisa, che se ne' primi anni ho perduto fino la metà de'

successi, l'anno innanzi di recarmi a Vienna ho perduto il 25 per cento, e dopo sono giunto qualche volta ad ottenere la guarigione de' 90 per cento, di modo che raccogliendo tutt' i risultamenti delle mie operazioni per estrazione anteriore risulta dal mio giornale di pratica, che in totalità ho eseguito 585 estrazioni anteriori, e con successo felice ne ho registrato ben 466, e se detrarre si volessero i casi in cui un' occhio ha ricuperato interamente la vista e l' altro nò, come ancora i casi ne' quali dopo la guarigione abbiamo trovata la pupilla libera, e la vista debole per ambliopia; allora avressimo i casi in cui l' esito è stato veramente infelice, i quali non giungono al sei per cento. Qualunque volta poi gl' infermi sono stati bene assistiti, come lo sono nelle case de' cittadini agiati, o nella clinica d' oftalmiatria ho trovato in questi ultimi anni un successo, anche più soddisfacente, poichè le ultime 200 operazioni mi hanno dato 184 casi felici.

CAPO XXII.

Si dimostra la probabilità del buon sucesso nella pratica dell' estrazione anteriore.

§. 1. Il calcolo numerico esposto più sopra, ed i risultamenti ottenuti nel triennio di cui ho dato conto in questi tre libri provano la molta probabilità, che il metodo finora descritto possa dar nella pratica risultamenti felici; infatti io non sapeva concepire perchè si potesse da uomini dottissimi annunziare, che il taglio della cornea porta maggiore infiammazione di quella che dà la puntura della sclerotica, e della coroidea, ed il maneggio fatto sulla casula e nel vitreo in vicinanza alla retina ed all' iride nell' eseguire la depressione Celsiana.

Prove già addotte a favore dell' estrazione.

§. 2. Anzi io non poteva concepire in che modo sorger potesse una violenta iritide dopo l' estrazione anteriore, perchè l' iride non si ferisce nè sembra venire offesa nella massima parte de' casi; ma il caso della Langadanes riferito più sopra pag. 84 e qualche altro esempio, singolarmente quando la cateratta mi usciva avviluppata,

Pericoli in cui trovasi l'iride, non prima evidenti.

mi hanno fatto conoscere in che modo l'iride soffrir possa nel tempo dell'estrazione. Ho anche veduto un cattivo pratico il quale invece di tirar fuori la casula strappò l'iride e produsse fatale emorragia e perdita dell'occhio quantunque rimettesse dentro la membrana pizzicata, ma per grazia del cielo in questo grossolano errore non sono mai caduto.

Regole stabilite che debbono rassicurare l'oculista nella pratica.

§. 3. Se possiamo dunque tagliare metà della periferia della cornea, ed anche due terzi, senza danno siccome ho notato nel caso del *Sig. Luigi Cariani* di Cento, e se la casula si deve, e si può tagliare, squarciare, ed anche strappare senza verun pericolo, se la lente si può tutta rompere, ed afferrare, senza eccitare grave danno all'occhio; siccome tante volte si pratica e nell'estrazione, e nella depressione, e se nella maggior parte de' casi di estrazione possiamo conservare intatta la jaloidea, oppure esce picciola parte del vitreo, e se allorquando uscisse pure un terzo, o anche metà del vitreo si potrà ricomporre la cornea, e debbasi sperar la guarigione; se da noi dipende il fare un taglio di giusta misura nella cornea, prolungarlo quando fosse corto, rimediare al taglio dell'iride se vi fosse l'istimo fra esso e la nuova pupilla, intaccare la casula prima di far uscire la lente, e regolarne il passaggio con tutta posatezza, e finalmente togliere la parte centrale della casula, quando da se non uscisse, pare che i molti espedienti determinati pel caso di qualche imperfezione inevitabile, e la precisione delle regole infonder debba all'oculista un illuminato coraggio, che forse non si può avere eguale in tutte le altre parti della chirurgia, e che non si può avere nell'esercizio degli altri metodi de' quali darò conto più sotto.

Poca influenza delle stagioni, età, e temperamenti, o contagi.

§. 4. I nostri maestri hanno creduto, che le stagioni, l'età, il temperamento, e le particolari idiosincrasie avessero la più grande influenza, ma tale è stato il sucesso ottenuto anche in persone affette da miasmi, e da contrarie idiosincrasie vedi lib. I. pag. 217. e lib. II. pag. 216. §. 1. e più sopra pag. 11. §. 7. e tale è stato il buon sucesso ottenuto in tutte le età della vita umana, ed in tutte le stagioni dell'anno, che ho dimostrato per via di esperimenti incontrastabili non doversi di ciò fare quel conto, che ne facevano gli antichi maestri.

§. 5. Io mi ricordo, che ne' primi anni della mia pratica più d'una volta avea veduto gravi infiammazioni, e principalmente iritidi senza poterne determinare la causa per mancanza di cognizioni, ma in generale i risultamenti dell'estrazione anteriore erano buoni. Ben quattro volte ho osservata l'emorragia dell'iride; della quale nè io, nè i miei amici, e colleghi per quanto esaminassimo con diligenza le circostanze non sapevamo assegnare la causa, e siamo stati indotti a credere, che vi fossero taluni individui il cui sistema nervoso fosse suscettibile e si agitasse in cotal modo da produrre il vomito, ed il singhiozzo, e che questi fenomeni, o qualche colpo di tosse sorgessero casualmente, e portassero per conseguenza inevitabile, prima l'uscita dell'iride dall'occhio, e poi la fatale emorragia, la quale da tutti riguardavasi come una conguenza delle scosse, che dà il vomito, ed il singhiozzo, o la tosse.

Incertezze, ed oscurità dileguatesi ora.

§. 6. Il sig. Beer, ed il nostro commune maestro Barth mi sostenevano l'opinione, che si dessero certi occhi disposti all'emorragia, ed anzi il primo da me citato credeva aver egli scoperto, che una certa cateratta di un color giallo di limone fosse quella la quale portava per conseguenza l'emorragia, e diceva, che questa cateratta si trovava legata ad una vescichetta gialla postavi dietro, la quale se non si avea cura di lasciarla rimanere, entro l'occhio, dopo l'estrazione della cateratta le teneva dietro, e nel distaccarsi dalle vicine parti dava origine all'emorragia, e perciò egli raccomandava, che simili cateratte si dovessero piuttosto deprimere, e non già estrarre; ma posso per altro accertare di avere estratto ben 609 cateratte senza mai aver trovata la vescichetta della quale egli ci facea tanto temere, ed ho veduto sorgere l'emoragia qualunque volta l'iride fosse stata maltrattata fortemente nel passaggio della lente, e sempre sorgeva in quell'occhio ove io avea commesso l'errore di manovra restando sano l'altro.

Opinione del signor Beer sulle cause dell'emorragia.

§. 7. Avendo osservato con attenzione questi casi ho veduto, che finita l'estrazione l'iride rimaneva in parte fuori della ferita come se vi fosse ernia, e gonfiavasi ognor più, e ben presto diveniva rossa, e da ultimo ne usciva il sangue, che scaturiva copiosamente, indi sorgevano agitazioni della persona, singulto, vomito, ed anche tosse.

Ernia dell'iride osservata in caso di emorragia.

Il singhiozzo e le scosse del petto, e dello stomaco non precedono l'emorragia.

§. 8. Importa notare, che in questi casi ho veduto l' emorragia prima del singulto, e del vomito, o della tosse, locchè dimostra chiaramente non doversi quella ripetere dalle scosse, che questi movimenti convulsivi arrecar possono alla macchina umana siccome credevano tutt' i miei colleghi al principio di questo secolo; ma questi fenomeni sono causati dal tormento che l' iride ha sofferto, perchè i nervi di questa membrana irritati propagano la loro agitazione lungo tutt' i rami del quinto pajo, e per consenso al grande simpatico, ed alle parti da esso dipendenti, inoltre è d' uopo notare, che in cinque casi di tal sorta da me osservati, l'emorragia ebbe luogo in quel solo occhio, nel quale l'iride avea sofferto maggiore strazio, e l' altro si rimase in buono stato, e fu guarito compiutamente, essendosi osservata ad ambedue gli occhi in una sola persona.

Pruove, che si deducono dall' aver sottoposti all' operazione ambedue gli occhi.

§. 9. Se io non avessi praticato l' estrazione ad ambedue gli occhi avrei potuto attribuire l' emorragia, come pensarono molti maestri alle scosse derivate dal vomito, o dal singhiozzo; ma dopo che ho veduto un occhio perdersi; e l'altro sanare ad onta delle scosse alle quali si attribuiva la perdita, preso il tutto a diligente esame ho notato, che queste agitazioni nervose sono sintomi, i quali accompagnano l' emorragia; ma non sono cause prossime di essa, ed ho sostenuto con approvazione dei dotti, che se il disgustoso fenomeno fosse conseguenza di naturali predisposizioni dovrebbe mostrarsi in ambedue gli occhi, e non già in quello solo nel quale ebbe luogo la maggiore contusione dell' iride, come ancora se il fenomeno dipendesse dalle scosse della macchina si presenterebbe l' emorragia ad ambedue gli occhi.

La causa della emorragia è ormai palese, e può evitarsi.

§. 10. La causa adunque dell' emorragia consecutiva è così manifesta, che dopo averla presa di mira per evitarla, non conto, che soli due casi, ne' quali non ho potuto scansarla in uno di questi ho conosciuto di aver maltrattata l' iride perchè il taglio della cornea mi era riuscito picciolo, e la cateratta usciva fuori avviluppata non essendomi determinato ad allungare il taglio prima di farla uscire. Nell' altro si trattava di cateratta arido-siliquata con ambliopia, e mi ostinai a tirar fuori tutta la casula strappandola sicchè vidi uscire la coroidea coll' iride, e colla retina perchè attaccate estraordinariamente alla detta casula.

§. 11. Io per altro non giudico, che tutti gli occhi sieno disposti egualmente a sopportare il maltrattamento, che si può fare all' iride ne' varj momenti dell' operazione, perchè ho più fiate notato, che questa membrana varia di densità, di tenacità, e di sensibilità secondo i temperamenti, e la condizione degli uomini, siccome anche la cornea è talvolta grossa, e ben nudrita, altre volte sottile, o scarsa di umori; di più ho conosciuto, che taluni soggetti sono più sottoposti alle infiammazioni traumatiche, mentre per causa di particolari idiosincrasie, varia il grado e lo sviluppo delle infiammazioni. Sostengo per altro che l' influenza di queste varietà è ristretta entro certi limiti in cotal guisa che se l' iride non sia stata contusa moltissimo non vi sarà luogo a temere nè iritide grave, nè emorragia.

La disposizione morbosa si riconosce influire dentro certi limiti.

§. 12. Si dovrà escludere adunque il timore di gravi infiammazioni quando l' iride sia stata poco maltrattata, e le ferite di quest'organo praticate mediante il coltello non saranno da temersi purchè sieno fatte con prontezza e da uno stromento bene affilato.

Le ferite dell' iride non saranno dannose.

§. 13. In riguardo alle cateratte secondarie ho notato, che quasi sempre dipendono dalla casula, la quale viene ad occupar la pupilla, e talvolta vi concorre in parte certa linfa versata dalla superficie dell' uvea nel corso di un' iritide; nè mai queste si potranno ripetere da vizio della jaloidea, nè da congenita predisposizione dell'infermo.

Due sole origini delle cateratte secondarie.

§. 14. Ho già spiegato le cause ed i fenomeni proprj dell' iritide lenta (vedi lib. II. pag. 90.) e della senizesi di tal natura; ma se tali fenomeni sorgeranno dopo l'ceraxis, sicuramente vi sarà stata qualche mancanza nella pratica delle regole determinate per l' operazione; o per la cura consecutiva.

I fenomeni dell' iritide, e della sinizesi lenta dipenderanno da errori di pratica.

§. 15. Ridotta essendo l' arte nostra a questo termine di perfezione, parmi che ogni diligente pratico avrà dritto di sperare in generale ottimi risultamenti dalle sue operazioni, e quantunque sarà prudente consiglio il porre in dubbio il sucesso di quanto operiamo sul vivo; ciò non di meno se l' oculista potrà dar prova della sua abilità sopra molti casi, egli avrà dritto di lusingarsi, che la maggior parte riuscir debbano fortunati.

L' oculista potrà lusingarsi di buon sucesso quando avrà molti casi di operazione.

Commessioni di dotti incaricate di osservare i successi delle mie operazioni.

§. 16. Fu appunto sull' appoggio di questa felice teoria, che in varie città dove ho fatto soggiorno ho chiesto alle primarie autorità, che destinassero una comessione di abili medici, e chirurghi, i quali formassero un prospetto delle mie operazioni e vi notassero i corrispondenti successi, locchè fu sempre eseguito con soddisfazione e de' miei illuminati colleghi, e de' superiori, nè altrimenti venne praticato in questa Metropoli, ove fu al mio arrivo nominata una comessione composta de' professori Santoro, Boccanera, ed Antonucci, i quali notarono, che tredici furono allora gl' individui sottoposti alle grandi operazioni, cioè all'ectomia ed all'estrazione anteriore della cateratta; senza che nessuno rimanesse nell' infelice stato di cecità neppure ad un solo occhio.

Altre osservazioni registrate in otto delle primarie città.

§. 17. Io potrei qui annoverare i cataloghi raccolti da altri dotti in otto delle primarie città d' Italia da' quali risulta che di 124. casi di estrazione ve ne furono 114. con esito felice; ma parrà inutile entrare in questi dettagli a chi conosce con quale scrupolosità sieno state registrate le storie, ed i prospetti clinici, che formano il fondamento più solido de' miei ragionamenti.

CAPO XXIII.

In cui vengono esposti i due punti più difficili nella pratica dell' estrazione anteriore.

Se il taglio della cornea fosse bene eseguito, la riuscita sarebbe molto probabile.

§. 1. È fuor di dubbio, ed è provato egualmente dalla teoria e dalla pratica, che se in tutti i casi di estrazione anteriore noi potessimo eseguire a puntino un taglio, il quale dividesse metà di tutta la periferia della cornea dalla vicina sclerotica, e si potesse ridurre in pezzi la parte centrale della casula, e farla uscire dall' occhio, avressimo quasi sempre il desiderato successo; ora essendo questi due punti i più difficili, ed i più importanti dell' operazione, le mie mire sono sempre dirette al loro perfezionamento.

Lacerazione della casula praticata da Wenzel.

§. 2. Un punto difficilissimo è quel che riguarda la lacerazione della casula, Wenzel otteneva questa lacerazione quasi intera e

ROYAL LONDON * OPHTHALMIC * HOSPITAL

totale, perchè pungeva la casula in sito col medesimo coltello da cateratta prima di compiere la punzione della cornea, ma a far ciò richiedesi una destrezza non commune, siccome ho sperimentato in qualche raro caso in cui ho tentato di farlo.

§. 3. Ho trovato per altro una grande facilitazione alla pratica del taglio della cornea dopo che ho trascurato di evitar l'iride, avendo conosciuto per molte pruove sperimentali, che portando via una falda di questa membrana non si fa che allungar la pupilla, ed aprire una libera strada alla cateratta. Facilità sperimentata, quando non si è avuta ripugnanza di tagliar l'iride.

§. 4. Ho cercato altresì facilitare la distruzione della casula impiegando in varj casi varie forme di pinzette, ed anche ho tentato usar quella di cui trovasi la figura Tav. V. Fig. 4.; ma in più casi mi parve troppo voluminosa nella punta, e sono ritornato sempre all'uso di quella acuta, e di quella dentata descritte alla pag. 122. §. 2. e 3. lib. II. Pinzette sperimentate buone.

§. 5. Così più fiate ho variato la forma de' stromenti posti in uso, e principalmente de' cistotomi, ma sempre sono ritornato ad impiegare i due consueti Tav. IV. e VII. Fig. 5. e 6. Se le mie ricerche verranno coronate da un' esito felice questi due punti della pratica potranno riuscire ancor più facili, e vantaggiosi, e ne darò subito conto con due capi distinti dal rimanente dell' opera quando non fosse ancora uscita in luce. Varj cistotomi usati.

CAPO XXIV.

Intorno alle cateratte secondarie semplici.

Parlerò dell'estrazione della cateratta secondaria semplice.

§. 1. L'ordine addottato richiede, che ora io spieghi le operazioni da praticarsi in caso di cateratta secondaria semplice, argomento che potrei anche trascurare perchè l'operazione è quasi la stessa, che quella da noi descritta per la cateratta vera, e già nel secondo libro ho dato molte spiegazioni per ciò che riguarda la cateratta secondaria complicata con atresia, e sinechia.

Classificazione stabilita, e sperienze che dimostrano la difficile riuscita ne' casi complicati.

§. 2. Alla pag. 254. lib. II. ho stabilito la classificazione di sei specie di atresia, che possono andar congiunte alla cateratta secondaria, e le storie ivi riportate dimostrano l'opportunità di tagliare in questi casi la cornea, e l'iride ad un tempo, onde aprir la pupilla, e portar via un gran pezzo di cateratta assiem coll'iride recisa; le storie II. e III. pag. 237. e 239. dimostrano altresì quanto sia difficile poter riuscire ne' casi di cateratta secondaria densa in cui esistono delle adesioni strettissime fra l'uvea, e la cornea, e se l'iride trovasi sensibilissima per la preceduta infiammazione.

Come si possa operare in caso di sinechia valida.

§. 3. Nel medesimo secondo libro ho spiegato coll'esempio dell'istoria V. pag. 242 e storia VIII. pag. 263, in qual modo si potrebbe ripristinare la vista, anche quando la sinechia fosse validissima perchè la cornea trovasi unita alla cateratta secondaria densa, ed ho fatto conoscere l'opportunità della dialisi modificata, ed applicata a questi casi.

Natura di questa cateratta secondaria.

§. 4. Chiunque abbia posto mente alle dottrine finora esposte intenderà quale sia la natura della cateratta secondaria semplice, e come si possa curarla senza tagliar l'iride, ed estraendola per la cornea.

Indizii della cateratta secondaria semplice.

§. 5. Questa specie di cateratta può trovarsi dopo la pratica di qualsivoglia metodo, essa vien formata quasi sempre dalla casula offuscata e densa, non è aderente nè all'iride, nè alla cornea, sicchè i movimenti, e la forma della pupilla si troveranno in perfetta regola, essa è quasi sempre di un colore perlino ha

la superficie alquanto increspata, e và congiunta a residui gradi di facoltà visiva assai notabili. D' ordinario è tremula perchè la parte fluida del vitreo occupa lo spazio in cui prima era la lente nè mai è stata preceduta da iritide, e vedesi comparire in que' casi, ne' quali la casula sia stata distaccata in basso, oppure semplicemente squarciata nel mezzo senza essere distrutta nè portata via al momento dell' eeraxis.

PROBLEMA II.

Dato un caso di cateratta secondaria semplice toglierla via col metodo anteriore di estrazione.

Reg.ª I. Disposto l' occorrente come in caso di estrazione della cateratta vera si pratichi il taglio della cornea descritto alla pag. 63 e seguenti.

Reg.ª II. Senza squarciare la casula e senza impiegare il cistotomo si porterà la pinzetta acuta entro la ferita della cornea, e penetrando colle sue punte fino alla cateratta si cercherà di chiuderla ed afferrarla stringendola bene, e poi si tirerà fuori tutta la casula che costituisce la cateratta secondaria, e che per solito è tenace, e solida.

Reg.ª III. Se accidentalmente si fosse fatta un' apertura nella cateratta secondaria, oppure si vedesse che la pinzetta acuta non potesse afferrarla bene si potrà anche sostituirvi la pinzetta dentata, e portare una delle sue branche entro la detta apertura fatta nella cateratta, indi questa si stringerà fra le pinzette e si porterà via, come indica la Tav. VI. Fig. 6.

Reg.ª IV. Se rimanessero de' fiocchi casulari, o se la cateratta fosse molle i fiocchi si toglieranno mediante la pinzetta acuta ad uno ad uno, come ne' casi ordinarj di estrazione anteriore, e se fossero molli si porteranno via mediante il cucchiajo di Dawiel; in qualche caso riesce utile prenderli mediante l' ago uncinato del Beer (vedi lib. II. pag. 124. Tav. VI. Fig. 3. e 4.).

CAPO XXV.

In cui vengono dilucidate le regole or ora esposte e si dimostra la loro utilità.

Utilità de' precetti generali.

§. 1. Ognuno sarà persuaso da quanto ho spiegato (lib. II. pag. 120. e seguenti) che innanzi di venire al taglio della cornea bisogna aver messo in pratica i quattro precetti generali, e che sarà utile applicare qualche ora prima l' estratto di josciamo al contorno delle palpebre, e sulla fronte onde si ottenga la dilatazione della pupilla.

L'apertura della cornea potrà esser minore della metà di sua periferia.

§. 2. Quanto alla dimensione del taglio della cornea non sarà di assoluta necessità che questa giunga ad eguagliare metà della sua periferia se la cateratta fosse membranosa, come suole trovarsi dopo che sia stato estratto il nucleo della lente, ma dovrà per lo meno uguagliare la terza parte della periferia della cornea, altrimenti si avrebbe un campo troppo angusto pel maneggio delle pinzette, e ne' casi in cui avesse preceduta la depressione potendosi anche trovare il nucleo della lente, come si osservò nell' occhio di Aniello de Conciliis, la storia del quale venne riportata nel lib. II. pag. 244 e seguenti; gioverà aprire un taglio più lungo della terza parte onde evitare qualunque difficoltà.

Perchè non occorra squarciare la casula.

§. 3. Io non uso squarciare la casula perchè vi è pericolo, che il vitreo nell'atto di uscire la respinga, e la nasconda, sarà dunque meglio afferrarla colle pinzette finchè sia intera, e se poi si spezzasse sarà d' uopo aver cura di prendere ad uno ad uno i fiocchi in cui si divide usando la pinzetta acuta.

Casi in cui si dovrà usare la pinzetta dentata, o l' uncino.

§. 4. Vi sono de' casi in cui i fiocchi casulari perchè molli, ed inviluppati dall' umor vitreo non si possono tirar fuori, ma sfuggono, ed in questi casi bisogna sostituire la pinzetta dentata che afferra meglio, e porta via grandi porzioni di casula, e se questa pure non riuscisse gioverà usare l' uncino.

Quando convenga usare il cucchiajo.

§. 5. Qualche volta le pinzette non possono afferrarla per causa di sua mollezza, ed allora bisogna tirarla fuori mediante il cucchiajo di Dawiel.

§. 6. Avverta il lettore, che se vi fosse la sinizesi, o la sinechia il metodo or descritto non potrebbe riuscire, siccome ho già detto perchè la ristrettezza della pupilla commune ad osservarsi in questi casi è cagione, che la cateratta non può essere presa dalle pinzette senza lesione dell'iride, la quale in molti di questi casi conserva una dannosa sensibilità. Bisognerà dunque attraversar l'iride e la cateratta nel fare il taglio della cornea come ho spiegato lib. II. pag. 236.

Le regole ora esposte, non convengono ne' casi di cateratta secondaria o con atresia, o con sinechia.

§. 7. Se taluno stimasse d'impiegare invece la depressione in questi casi, egli sperimenterà quella incertezza, e quegli inconvenienti, che sono inevitabili nella pratica di questo metodo, e de' quali darò conto a suo tempo, oltre ai cenni che già ne ho ho fatto in più occasioni. Cresceranno poi le difficoltà quando vi fosse congiunta l'atresia, e la sinechia perchè devesi tormentar l'iride, e l'ago difficilmente riesce a seperarnela senza contusione di quella membrana sensibilissima; la seconda parte della storia seconda che segue offre un chiaro esempio di questa pratica.

La depressione riuscirà incerta nella cateratta secondaria, e principalmente nella complicata.

STORIA I.

Si da conto della cura di Nunzio Rossi.

§. 1. Nunzio Rossi d'anni 36 natio di Rionero in provincia di Basilicata venne ricevuto alla clinica onde sottoporlo all'operazione essendo cieco ad ambedue gli occhi.

Età e patria.

§. 2. L'occhio destro era stato sottoposto anni sono alla depressione Celsiana, ed avea sofferto così grave iritide, ch'eravi atresia, cateratta secondaria, ed amaurosi; conseguenze dell'irritazione portata ai nervi cigliari dall'accennata operazione.

Cecità incurabile prodotta da una depressione.

§. 3. L'occhio sinistro conservava un aspetto indicante igieneurosi con cateratta albuminosa molle; era questa di un colore perlino tendente al bianco, la cornea di quest'occhio era grande la camera anteriore spaziosa, e la cateratta vedevasi molto convessa.

Stato dell'occhio sinistro.

§. 4. Il giorno 25 novembre raccoltisi gli studenti l'assistente di clinica lesse la relazione de' fenomeni osservati in questo caso, e degli avvenimenti preceduti, e fece considerare, che la depres-

Riflessioni circa le diligenze, con cui venne praticata la depressione al destro.

sione Celsiana quantunque giudicata *innocua* da molti maestri pur non di meno applicata all' occhio destro avea portato così fatale iritide, che non ci lasciava speranza di ripristinare in questo la forza visiva. Sapevasi da molti di noi, che l' operazione era stata praticata da uno de' più abili chirurghi di questo regno, e secondo tutte le regole de' migliori maestri.

Inutile scelta del giorno, cure preparatorie, ed osservazioni atmosferiche.

§. 5. Prima dell'operazione si era amministrata per lungo tempo una decozione de' legni indiani, e si erano impiegati circa 40 giorni onde prescegliere una giornata in cui paresse, che la stagione fosse la più favorevole, usandosi esaminare ogni mattina i termometri, ed i barometri per assicurarsi, che la temperatura sarebbe moderata, e che la stagione non potesse variare da un'ora all' altra; ma ad onta delle esposte precauzioni la depressione laterale venne seguitata da dolori lungo i rami del quinto pajo, da senso di nausea, e da tutti i segni d' un' iritide, la quale portò sinizesi con atrofia, e paralisi dell' occhio.

Fasciatura, e cure infruttuose.

§. 6. Sono stato assicurato da persone degne di fede, che la fasciatura a monoculo era stata eseguita con somma diligenza talchè si sarebbe potuta presentare ad un pittore per modello; ma tutto questo non giovò affatto a preservare il Rossi dall' iritide, la quale in ogni notte si rinnovava con maggior forza ad onta di molti sussidj dettati da sapienti medici, e chirurghi, i quali si riunivano ogni mattina per deliberare intorno alle cure da praticarsi. Inutili riuscirono le copiose evacuazioni sanguigne generali, inutili gli emetici epicraticamente amministrati, e le varie purghe, e l' estratto di josciamo, e le preparazioni oppiate quando per bocca, e quando applicate ai contorni delle orbite, riuscirono egualmente infruttuosi i larghi vescicanti, ed i sinapismi alle sure, ed a varie parti del corpo. Le dottrine, e le teorie, che svilupparono in questa occasione i valenti professori, destavano le maggiori speranze; mentre cadauno si faceva ammirare dando chiare pruove di una penetrazione e di un sapere imponente; ma dopo questi validi mezzi curativi sbendato l' occhio all' infermo, egli altro non seppe dire se non chè il suo occhio era più ingombrato di prima, e soffriva una tensione, ed un senso molesto di peso nel luogo nell' operazione restandogli la testa come stordita dai dolori, e si presentò a noi

quasi emaciato, e pallido subitochè venne licenziato per incurabile da un professore, il quale opinava non potersi tentar cosa veruna in quest' occhio sinistro finchè il destro non si fosse interamente calmato.

§. 7. Queste varie osservazioni vennero esposte dal nostro assistente; onde stabilire la dimostrazione di quel tanto, che è stato già spiegato nel lib. I. pag. 186. e lib. II. pag. 129. ed io non ho trascurato di far considerare agli alunni l'inutilità delle cure preparatorie, ed anche delle altre consecutive adoprate in questo caso. Feci poi considerare, che questo solo esempio basterebbe a dichiarare l'operazione non essere assolutamente innocua, nè tale da potersi replicare per quante volte si desidera siccome autori di gran valore hanno sostenuto.

Necessità, che l'operazione venga bene eseguita, e pericoli della depressione.

§. 8. Il Rossi era stato giudicato da molti degli astanti per un' uomo debole e dominato da sfavorevoli contaggi ai quali attribuivasi lo sviluppo della grave iritide da lui sofferta; ma io feci loro osservare ch' egli avea acquistato sì tristo aspetto per causa de' dolori, e delle cure sofferte, e dissi che se i contaggi, e la sfavorevole disposizione avessero influito a danneggiarlo dopo la depressione, maggiore ostacolo avrebbero opposto alla riuscita dell'estrazione, poichè questa viene generalmente riguardata, come un operazione, la quale porta maggior lesione all' organo della vista.

Il buon successo dell'estrazione servirà a provare che il male non dovesse ripetersi dal temperamento.

§. 9. Dopo avere esposte queste riflessioni, e data esecuzione alle regole preparatorie nella mattina del 25 novembre 1817 feci il taglio della cornea sinistra, che mi riuscì alquanto breve non avendone forzata l' estensione perchè trattavasi d' una cateratta albuminosa molle.

Taglio della cornea sinistra.

§. 10. Infatti sotto al cistotomo tutta la cateratta compresa la casula uscì fuori spappolata, e la pupilla rimase libera senza lacerazione della jaloidea, al momento però del passaggio essa spingeva l' iride contro i lembi della ferita perchè usciva a stento, e feci calcolare quanto più l' iride avrebbe sofferto se la cateratta fosse stata dura, nè si fosse spezzata, oppure se il taglio anzichè scendere fino al margine inferiore della cornea l'avesse soltanto attraversata, come usavano fare gli antichi, vedi Tav. II. Fig. 3 e 4.

Uscita della cateratta a pezzetti.

§. 11. Al momento l' iride e la cornea si ricompose avendo tenute le palpebre chiuse per brevi istanti talchè riaperto l'occhio

L' occhio si è ricomposto benissimo.

videsi la cornea ricomposta in modo, che non più scorgevasi la ferita, e la pupilla era centrale, circolare, e libera da fiocchi casulari. Nè io poteva temere la cateratta secondaria perchè avea veduta spappolarsi la casula, e l' avea tirata fuori mediante il cistotomo.

L' uomo dichiarava d'aver molto sofferto all'occhio destro.

§. 12. L' uomo venne posto a letto colle solite diligenze, e diceva a tutti che questa seconda operazione gli era sembrata un nulla a confronto di quella sofferta nell' occhio destro.

Buono stato dell'occhio nel tempo della cura.

§. 13. Nelle prime ore del giorno 26 egli altro non accusava che una lagrimazione copiosa, la quale a sgorghi cadeva sulla guancia sinistra; ma non si notarono dolori. In seguito, nella notte del giorno 28, ed in quella del 29 provò qualche molestia all' occhio sinistro, ed alla fronte, e scaturirono molte lagrime cocenti dopo di che egli si sentì in perfetta calma, e le lagrime uscivano di rado, ridotto egli in tale stato ho aumentato il cibo, ed ho cercato nudrirlo bene senza mai ricorrere, nè a medicine, nè a sanguisughe.

Nessun dolore al sinistro, ma bensì al destro.

§. 14. Egli era solito dire, che non gli pareva essere stato sottoposto ad un' operazione, e che piuttosto qualche dolore si era ridestato ne' primi dì ai contorni dell' occhio destro, anzichè al sinistro.

Buono stato dell'occhio ai 12 dicembre.

§. 15. Nella mattina del 12 dicembre trovandosi egli in buono stato ho scoperto l'occhio, e riconobbe varj oggetti d' intorno a se.

Guarito il 21. dicembre, e riflessioni dell'infermo circa ai due metodi.

§. 16. Ben tosto applicai le consuete listine di drappo gommoso e ritenni all'oscuro il Rossi per tre altri giorni e nel dì 21 dicembre partì dalla clinica guarito perfettamente coll' occhio sinistro, egli aveva acquistato un' aspetto sano ed ilare, ma domandava che si tentasse la medesima operazione nell' occhio destro, non potendo persuadersi, che un metodo così lodato dai maestri, e creduto innocente gli avesse cagionato in quest' occhio, oltre i crudeli spasimi una perdita irreparabile dall' arte nostra.

STORIA II.

PARTE PRIMA

In cui descrivesi la cura di Alessandro de Nuziis.

§. 1. L' individuo assoggettato all' estrazione anteriore nel dì 13 dicembre 1817 era Alessandro de Nuziis d' anni 35 natio di Arienzo, il quale fino dall'età di anni 18 trovavasi colle cateratte; il temperamento di costui era astenico nervoso. Temperamento, e patria del cieco.

§. 2. Le cateratte erano di una tinta giallastra variegate di fosco, e trovandosi l' iride fosca, e la pupilla alquanto ristretta si sospettò di paralisi; avendo però conosciuto, che ad onta delle cateratte l' uomo potea discernere varie gradazioni di tinte, mi determinai all' operazione colla speranza di trovare igenerosi, o almeno un leggiero grado di semi-ambliopia. Segni d' igienerosi, e forma delle cateratte.

§. 3. All' occhio destro il taglio della cornea mi riuscì corto, ma avendolo fatto scendere fino al margine di essa, e considerando, che le cateratte esser doveano atrofiche non mi son curato di estenderne i confini. Giunto il coltello sopra la sclerotica venne intaccata la congiuntiva per lungo tratto, e si osservò un principio d' ifemia, vedi la Tav. III. Fig. 1, e 2. Taglio della cornea destra.

§. 4. All' occhio sinistro volli sperimentare un coltello arrivatomi allora da Parigi, e vidi l' occhio rivolgersi al canto interno sotto la punzione perchè questo penetrava a stento, e trapassò la cornea con lentezza vedi Fig. 4, e le contrazioni dell' occhio erano assai manifeste nel tempo del passaggio, talchè l' iride venne sotto al coltello; ma fu contusa senza venir tagliata, e frattanto la congiuntiva nel canto interno videsi spinta innanzi dalla punta dell' istromento non potendo questa traforarla a motivo, che si era piegata nel passaggio per causa di tempra assai molle. Taglio difficile al sinistro per causa di un coltello non bene temprato.

§. 5. Dopo tale esperimento sebbene i coltelli di questa fabbrica fossero molto eleganti ne' manichi, e nell' aspetto, deliberai di non più servirmene. Non volli più usare tali stromenti.

*

Lacerazione delle casule, ed uscita delle cateratte.

§. 6. Frattanto ho diviso per lungo ambedue le casule mediante il cistotomo, e vidi uscire a pezzi le cateratte, le quali però sfuggivano da quello, e dalle pinzette stante la loro mollezza, e quindi ho terminato di portarle fuori adoprando il cucchiajo di Dawiel Fig. 2. e facendo varie pressioni sulla cornea che obbligarono i pezzi di casula ad uscir fuori.

La casula sembra un velo fosco, che in certi momenti occupa la pupilla.

§. 7. Calmato l' infermo, e tenute le palpebre rinchiuse per alcuni istanti ritornando all'esame delle pupille vidi del fosco, che mi pareva poter essere la casula ricompostasi e venuta ad ingombrar la pupilla, ma ogni qualvolta io portava la pinzetta per afferrare questa casula, l' occhio mettevasi in contrazione, e la parte fosca nascondevasi dietro ai lati dell' iride. Feci varj tentativi, onde afferrare quella residua opacità mediante le pinzette singolarmente a destra, ma il timore di offendere o la jaloidea, o l' iride mi turbò talmente, che senza poter riuscire nel mio intento abbandonai quel tenuissimo panno fosco; calcolando, che oltre un certo confine è pericoloso insistere in queste ricerche.

Si scorgono le cateratte secondarie.

§. 8. Passati 16. giorni senza verun segno d'infiammazione grave abbiamo tolto via il drappo gommoso, ed esaminati gli occhi in una luce moderata si riconobbe, che le cateratte secondarie incominciavano a mostrarsi, e l' uomo dolevasi di avere acquistato un debolissimo grado di vista.

Infiammazione sviluppatasi in seguito.

§. 9. Passati quattro altri giorni nel qual tempo egli era continuamente afflitto, e sforzavasi di sperimentare i suoi occhi alla luce viva incominciò a svilupparsi un' iritide lenta nell' occhio sinistro, la quale si diffuse per l' intero organo, e terminò lasciando atresia con fusione di linfa nel margine pupillare, e picciolo offuscamento della cornea, ad onta che si fossero tentati varj mezzi, onde far cessare l' infiammazione.

CONTINUAZIONE DELLA STORIA II.

PARTE SECONDA

Intorno all' estrazione di una cateratta secondaria semplice eseguita all' occhio destro di Alessandro de Nuziis.

§. 1. Essendo ormai cessata l' irritazione dell' occhio destro, il quale poteva discernere chiaramente la luce dalle tenebre, ed i corpi bianchi verdi e rossi; nel dì 28 gennajo praticai di bel nuovo un taglio alla cornea di quest' occhio, ma essendomi riuscito troppo corto perchè l' assistente mi lasciò cadere in basso la palpebra superiore pria, che avessi compiuta la punzione, volli allungarlo dalla parte del canto interno, e piantato il coltello sopra il confine del taglio da questo lato lo feci penetrare nella camera anteriore, e spingendolo innanzi, come indica la Fig. 1. Tav. VIII. venni ad incontrare la prima ferita; ma non avendo potuto penetrare nella sua estremità restò un dentello al confine fra i due tagli che rendeva irregolare il lembo della ferita.

Taglio della cornea destra eseguito in due tempi.

§. 2. Nel tempo dell' operazione or descritta ho cangiato assistente, perchè questi non era capace di aprirmi la palpebra superiore, e pareva troppo indifferente al buon successo; intanto mi avviddi, che la casula era alquanto rigida, e si era distaccata in basso dai legamenti cigliari, e quindi stimai poterla tirar fuori mediante la pinzetta dentata, che di fatti se ne impadronì, e la portò fuori tutta intera senza offendere menomamente l'iride; nel primo istante ho temuto che la casula portasse con se, o la coroidea, o l' iride; ma ben tosto si staccò felicemente, e rimanendo libera la pupilla il de Nuziis cominciò a vedere molti oggetti.

Estrazione della casula, che formava la cateratta secondaria.

§. 3. Chiuso l' occhio al solito, e posto a letto l' infermo egli passò quietamente la notte, e mi disse aver risentita più molestia all' occhio sinistro che al destro, in seguito venendo egli curato colle solite diligenze si trovò guarito quest' occhio, e nel giorno 9 marzo uscì dalla clinica dando pruove di aver ricuperata la vista.

Cure consecutive.

Riflessioni riguardo all'atresia del sinistro.

§. 4. Lo stato infelice dell'occhio sinistro fa pruova del danno che può arrecare un ferro troppo debole, e non affilato perfettamente, e la cateratta secondaria da me estratta serve a far conoscere la necessità di portar via per quanto è possibile il centro della casula.

Facilità con cui si è sviluppata l'iritide in questo.

§. 5. Ho per altro fatto considerare agli studenti, che in qualche altro caso l' uomo avea potuto sostenere uno stento molto più manifesto di quello, che avea eccitata l'iritide al destro occhio di costui senza verun danno, locchè dimostra una differenza notabile fra la suscettività de' varj soggetti.

Il destro ha sostenuto felicemente l'operazione.

§. 6. Abbiamo anche notato non esser commune ad osservarsi che dopo 45 giorni l' uomo possa sopportare una seconda operazione senza pericolo di grave infiammazione.

Buono stato osservato dopo molto tempo.

§. 7. Questo de Nuziis io l'ho incontrato nel dicembre del 1825 che poteva liberamente camminare colla guida dell' occhio destro, e nel sinistro vedevasi atresia con cateratta secondaria, e paralisi; la Fig. 3. Tav. VIII. è presa dall'occhio destro guarito dopo la seconda operazione ora descritta.

STORIA III.

In cui vien descritta la cura di Giovanni Persichillo.

Giorno dell'operazione, ed aspetto delle cateratte.

§. 1. Nel dì 12 febbrajo 1818 praticai l'estrazione anteriore in ambedue gli occhi di Giovanni Persichillo natio di Napoli d'anni 33. L' uomo era di temperamento astenico-linfatico, le cateratte erano albuminose con igieneurosi, gli occhi infossati, le cornee grandi, e le cateratte convesse, indizii, che doveano essere voluminose.

Taglio della cornea destra nel quale è stata compresa l' iride.

§. 2. Il taglio mi riuscì corto alla cornea sinistra, e nel praticare il destro non potei evitare di tagliar l' iride in basso, di modo, che ne risultò una seconda pupilla. Aperta la casula mediante il cistotomo (vedi Tav. IV. Fig. 1 a) volli tentare di far uscire la cateratta comprimendo la cornea in alto col dito Fig. 2, e vedendo, che la pupilla inferiore si apriva, e che la

lente minacciava d' uscir fuori per quella, mi ricordai dell' obbligo di dividere l' istimo, e ritirato il dito portai per la nuova pupilla il coltello tagliandolo per metà siccome dimostra la Fig. 3. e 4. dopo di che uscì liberamente la cateratta, e la pupilla restò libera a perfezione, anche dalla casula ch' io portai fuori mediante il cistotomo.

Utilità della recisione dell' istimo.

§. 3. Allora feci conoscere ai miei uditori la necessità di tagliar l' istimo perchè in tre casi registrati nel mio giornale privato io avea osservato che essendo uscita fuori la cateratta per la nuova pupilla senza taglio dell' istimo, si era straziata l' iride, e dopo era venuta o l' emorragia, o l'iritide che avea finito coll'atresia della pupilla, e cateratta secondaria per fusione di linfa in tutti i tre casi.

Estrazione della cateratta sinistra ridotta in pezzi.

§. 4. Aperta dopo ciò la palpebra inferiore sinistra, e fatta pressione sulla sclerotica di quest' occhio si vide staccarsi la casula in basso, e la cateratta si presentò al passaggio avviluppata dall' iride in guisa ch' io temei di farvi contusione stante il suo volume considerabilissimo, vedi Fig. 5; ma essendo questa molle, ed albuminosa ho preso il cistotomo, e fatto colla punta di esso uno squarcio sulla casula volli tentare la divisione a romboidi insegnata dal Beer, e vidi, che quella ritiravasi in alto, ed il corpo della lente si spappolava in guisa che pochissimi residui molli rimanevano ad ingombrar la pupilla, e mediante il cucchiajo mi riuscì liberarla interamente sicchè si mostrò nerissima. Negli ultimi movimenti del cucchiajo vidi entrare una bollicina d' aria, che si pose dinanzi all' iride verso il canto interno, e la feci uscire mediante una pressione sulla sclerotica andando ad incontrarla col cucchiajo. Vedi Fig. 7. In questo momento si lacerò la jaloidea, ed uscì qualche poco di vitreo.

Estrazione della cateratta destra.

§. 5. Abbandonato l' occhio sinistro feci pressione sulla cornea destra e si presentò la cateratta libera dall' iride, la ritirai mediante il cistotomo, ma essendo molle si spezzò, e ne rimase una quinta parte in alto, che portai fuori mediante il cucchiajo, e vedendo poi una porzione di casula divisa per metà la portai via mediante la pinzetta dentata.

Fiocco di vitreo a destra, e cornea ricomposta.

§. 6. Calmatosi l' uomo e riaperti gli occhi trovai ricomposta la cornea e le pupille, fuorchè un fiocco del vitreo manteneva

aperta la cornea destra, ma strofinandovi sopra la corrispondente palpebra il vitreo deciduo si staccò, e la cornea si ricompose bene.

Cura e buon esito manifesto subito.

§. 7. Si chiusero gl' occhi all' infermo secondo il solito, egli passò varj giorni in uno stato di perfetta quiete, e nel dì 7 marzo aperti gli occhi vide molto distintamente i corpi che lo circondavano.

Si tenne all'oscuro per tre giorni.

§. 8. In seguito fu tenuto all' oscuro, e cogli occhi bendati per tre altri giorni, e poi gradatamente venne rimesso alla luce.

Il Persichillo è sanato.

§. 9. Adi 28 marzo il Persichillo si trovò perfettamente guarito, e colla vista ricuperata in modo assai soddisfacente ad ambedue gli occhi. La pupilla sinistra era libera e centrale, la destra era un pò allungata verso la cicatrice, ma ambedue gli occhi vedevano egualmente bene.

STORIA IV.

Che riguarda la cura di Vincenza Iengo.

Stato degli occhi ed aspetto delle cateratte.

§. 1. Adi 28 marzo venne sottoposta all' estrazione anteriore delle cateratte in ambedue gli occhi Vincenza Jengo natia di Ponticello in età d' anni 63. La destra erasi formata circa due anni indietro, e la sinistra da 13 anni, la superficie di ambedue era aggrinzita, e principalmente quella dell'occhio destro aveva la tinta cinerea con qualche macchia gialla fosca simile alla tinta delle cateratte cornee, e la Jengo non altro potea distinguere, che la luce dalle tenebre.

Prognosi dubbia pei nervi.

§. 2. Nella mattina del 28 marzo radunati gli studenti feci conoscere che la prognosi era dubbia perchè le iridi presentavano aspetto foseo, e perchè, sebbene le cateratte avessero dei tratti semidiafani, ossia foschi, la donna non discerneva le gradazioni delle tinte, e mal conosceva il portafoglio rosso, che talvolta lo giudicava lucido, e fosco, altre volte di color roseo pallido; aggiungasi, che i movimenti dell' iride erano bensì frequenti ma falsi, vale a dire la pupilla si allargava nella viva luce, e poi presentava movimenti spasmodici senza che vi fosse mutazione nel grado di luce in cui trovavasi l'occhio.

§. 3. Oltre le consuete diligenze feci in questo caso applicare l' estratto di josciamo disciolto nell' acqua su ambedue i contorni delle palpebre, e sulla fronte, e ve lo lasciai stare per due ore, di maniera che le pupille si dilatarono mirabilmente, e mi proposi sperimentare una pinzetta, che io avea fatta eseguire a bella posta onde afferrare la casula prima del passaggio della lente, e portarla via prima di quella, se fosse possibile.

Cure preparatorie ed applicazione dell'estratto di josciamo.

§. 4. Una delle ricerche, che mi occupa spesso è diretta a trovare se sia possibile uno stromento con cui afferrare, e togliere la parte centrale della casula anteriore appena eseguito il taglio della cornea, perchè in questo momento essendo la casula in sito, e trovandosi un punto d' appoggio sulla cateratta, che stà ancora al suo posto si potrà sperare di portar via tutta la parte centrale di essa.

Perchè si sperimenti una pinzetta nuova.

§. 5. La pinzetta immaginata a questo oggetto vedesi rappresentata nella Tav. V. Fig. 3. Essa consiste in un asta d' oro lunga due pollici, e grossa una linea, e mezza, situata sopra un picciolo manico di ebano. Questa porta un cilindro aa. che vi cammina sopra liberamente, e che viene respinto da un verme b. egualmente d' oro, piantato verso l' articolazione della pinzetta, la quale è situata sull' estremità dell' asta, ed è formata come una picciola forbice, a cui serrando i manichi si chiudono le due estremità, ed aprendoli si aprono. I manichi vengono abbracciati da un anello elittico C. piantato sul cilindro mobile, il quale portandosi con esso in avanti serve ad aprir la pinzetta, e ritirandosi ne serra i manichi, e chiude le due estremità che vanno fornite di piccioli dentelli talchè nel chiudersi potrebbe serrare entro di se un capello. Perchè il cilindro vuoto porti innanzi i manichi della pinzetta e la spinga ad aprirsi non occorre altro fare, che spingerlo innanzi urtando contro le coronette dentate D. D. che si elevano su di esso in vicinanza al manico, ed allora apresi la pinzetta e si mette in contrazione il verme spirale, che per la sua elasticità respinge il cilindro, in questo movimento l' elissi C. C. urtando sopra i manichi serra la pinzetta con tutta la forza del verme spirale.

Struttura della nuova pinzetta.

§. 6. Questa pinzetta l' ho dunque sperimentata come siegue, ed ecco ciò che ho potuto conoscere nella sua applicazione.

Si darà conto del suo effetto.

La pinzetta nel sinist. occhio pizzicò l'iride unitamente alla casula.

§. 7. Eseguiti al solito i tagli delle cornee conobbi, che il sinistro era di giusta misura, e regolare, ma la pupilla erasi chiusa e la dilatazione ottenuta mediante lo joseiamo era svanita, forse per lo fregamento dell'iride contro la cornea o per l'uscita dell'acqueo, e portata la pinzetta nella camera anteriore vidi, che questa nell'aprirsi dilatava grandemente i margini della ferita, e che le sue punte minacciavano di pizzicar l'iride nel chiudersi, o di urtarla contro la cateratta, quando si fosse divisato stringer la casula, come in fatti nell'afferrarla restò pizzicata l'iride sinistra e ne uscì del sangue, talchè fu d'uopo ritirar la pinzetta aprendone gli estremi.

Recisione dell'iride contusa.

§. 8. Veduta l'ifemia e temendosi dell'iritide portai nell'occhio un coltello da cateratta attraversai quel pezzo d'iride ch'era stato maltrattato; e tagliai il lembo formatosi mediante le forbici di Dawiel nel tempo stesso mi riuscì tagliare una grande porzione di casula, e mediante un cistotomo lanciato condussi fuori la lente presentatasi a nudo ajutandomi col dito che eseguiva pressione in alto della cornea, nel qual tempo condussi fuori tutta la casula e mi restò libera la pupilla.

Estrazione della cateratta destra.

§. 9. Esaminato l'altro occhio si trovò molto ristretta la pupilla in guisa che non volli porre in uso la nuova pinzetta, e lacerata al solito la casula mediante il cistotomo feci uscir la cateratta esercitando prima una pressione al di sotto della ferita, ma conosciuto avendo, che questa presentavasi avviluppata dall'iride, e minacciava di comprimerla fortemente portai la pressione al di sopra, e comprimendo la cornea vidi cambiar posizione la lente, talchè si mostrò l'orlo inferiore di essa a nudo, e venne fuori libera portando seco a pezzi la casula squarciata dall'ago.

Cura dell'infermo.

§. 10. Ricompostesi le cornee, e trovate libere le pupille feci chiudere le palpebre nel consueto modo, e la donna venne posta a letto, e tenuta colle solite diligenze. Nella notte del 28 marzo accusò dolore al capo, ed al contorno dell'occhio sinistro, segni d'incipiente iritide, e venne trattata con mignatte ai contorni delle palpebre, purghe nella mattina, e narcotici la sera, e così a poco a poco diminuì l'irritazione; che fino adi 3. aprile riaccendevasi ogni notte, e dopo andò a cessare lentamente.

§. 11. Adì 16. aprile si conobbe, che la donna non poteva discernere i corpi se non confusamente quantunque la pupilla dell' occhio destro fosse libera, la sinistra però erasi chiusa ad onta delle molte cure impiegate per sedare l' iritide. Stato degli occhi quando si sono riaperti.

§. 12. Io non ho creduto poter soccorrere l'occhio sinistro perchè la semi-ambliopia era palese nel destro, e doveva esser passata ad un grado più elevato in quell' occhio stante l' iritide sofferta; malattia, che sempre reca danno ai nervi. Perchè non si tentasse l'estrazione al sinistro.

§. 13. Questo esperimento mi ha determinato a non abbandonare le pinzette solite, e prender la casula dopo aver fatta uscire la lente, e mi ha convinto ognor più che ne' casi di cateratta fosca se l' uomo non conserva notabili gradi di forza visiva sicuramente i nervi si troveranno indeboliti. Conseguenze dedotte.

§. 14 La povera Jengo è dunque partita dalla clinica con un grado assai debole di forza visiva all' occhio destro, e persuasa, che niente di più avrebbe potuto sperare dall' arte nostra. Successo poco favorevole.

STORIA V.

In cui si espone la cura di Aniello de Matteo con cateratta all' occhio destro, e paralisi congiunta a sinizesi nel sinistro, già sottoposto all' estrazione anteriore 20 anni fa.

§. 1. Aniello de Matteo d' anni 60 natio di Napoli si presentò con cateratta albuminosa all'occhio destro, e ci disse che 20 anni circa indietro era stata inutilmente praticata l'estrazione della cateratta all' occhio sinistro, il quale vedevasi con sinizesi, cateratta secondaria, e paralisi; talchè quest' occhio avea perduta anche la facoltà di percepire la luce, l' iride sinistra era di color fosco, e floscia colla pupilla eccentrica, ed attaccata alla cateratta secondaria. Stato degli occhi.

§. 2. Feci osservare agli astanti che nell' occhio destro vi erano i segni dell' igienenrosi, e che se avessimo ottenuto buon sucesso si sarebbe potuto dire, che noi mettevamo a confronto l' estrazione eseguita secondo le nostre regole con quella praticata Confronto che si vuol fare.

nella incertezza in cui si trovavano anche i buoni professori al cominciare di questo secolo.

Taglio della cornea destra e ferita sul naso.

§. 3. La mattina del 18 aprile avendo tutto diligentemente ordinato, feci colle solite regole il taglio della cornea destra, e mi riuscì bene fuorchè non potei evitare di pungere la cute sulla radice del naso, per la qual cosa fui costretto sospendere l'operazione e comprimere la picciola ferita, asciugare il sangue, e porvi sopra un pezzetto di drappo gommoso. Io ben sò che questi indugi, come anche non potersi mostrare incruenta l' operazione è sempre increscevole agli spettatori; ma non sempre si può ottenere quella perfezione, che si de idera.

Recisione della casula, ed estrazione della lente.

§. 4. Subito dopo lacerai col cistotomo solito la casula, ed appena fattavi un' incisione si vide la lente cader fuori libera dall' iride, nè fu possibile compiere lo squarcio di detta membrana. Caduta fuori la lente per forza della naturale contrazione dell' occhio osservai de' residui di casula in alto, che erano semi-trasparenti.

Pinzette portate sulla casula residua.

§. 5. Portai le pinzette nell' occhio onde estrarre la casula, ma i suoi lembi sfuggivano alle mie ricerche per la loro tenuità, e lasciai in abbandono l' infermo pel timore di straziar l' iride. In mezzo a queste indagini la palpebra inferiore s' insinuò nella ferita, e sotto una violenta contrazione si ruppe la jaloidea, e cadde fuori un pezzo del vitreo.

Ultimo tempo dell' operazione.

§. 6. Dopo quel prolasso i lembi della casula si ritirarono dietro all' iride, e non apparvero più; laonde io mi sono astenuto da ulteriori ricerche, e solo mi occupai di ricomporre la ferita strisciando la palpebra superiore dolcemente sull' occhio. Feci brevi esperienze riguardo alla forza visiva ricuperata, e l' uomo vide confusamente a motivo del vitreo, che usciva di continuo; ma ricompostasi la cornea rimanea di fuori soltanto una picciola cellulosità floscia dell' umore suddetto, e notando, che la pupilla si era molto abbassata, ed era libera concepii ottime speranze e chiusi le palpebre col solito drappo gommoso; mentre avea sollecitato l' uomo a volger l' occhio in alto.

Stato dell' infermo in seguito.

§. 7. A dì 19 Aprile và bene, e così in seguito fuorchè nel dì 21 notandosi stitichezza venne amministrata leggiera purga, e si trovò contento, a dì 24 venne replicata, adi 15 accusa qualche bru-

ciore, e prurito nell'occhio per effetto dell'infiammazione adesiva, e dopo và meglio.

§. 8. Adi 5 maggio scoperto l'occhio incomincia a vedere taluni oggetti e la pupilla si trova abbassata, e vicina al luogo della ferita, ma tutta libera. Vedi Tav. VII. Fig. 3. Stato dell'occhio a' 5. Maggio.

§. 9. Il debole grado di vista notato in questi primi giorni mi dava a temere una semi-ambliopia. Debole vista.

§. 10. In seguito si trovò migliorata la forza visiva, e nel dì 8 maggio il de Matteo uscì di clinica senza guida; ma colla vista assai debole, cosa che io giudicai doversi attribuire alla perdita del vitreo, che non ancora erasi riprodotto in copia sufficiente, ed in parte all' abbassamento della pupilla. Perchè la vista fosse debole.

§. 11. Si consideri inoltre, che l'uomo era di anni 60, epoca in cui quasi tutti per mancanza di umori sono presbiti, si aggiunga la perdita del cristallino, e quella avvenuta di una gran parte del vitreo, e si spiegherà l'imperfezione della vista. In fatti il de Matteo con occhiale da cateratta vedeva molto distintamente, ma per la sua naturale rozzezza non volle farne uso. Altre cause di debolezza.

§. 12. Passato appena un mese il de Matteo venne a trovarmi dicendomi avere acquistato un grado notabile di vista, siccome io mi attendeva, e soltanto domandava, che gli alzassi la pupilla perchè avea sentito a dire da uno de' miei scolari, che la pupilla era calata in basso e che se fosse stata più nel centro egli potrebbe veder meglio. Stato migliore in seguito.

§. 13. Io lo quietai subito dicendogli, che l'operazione di alzar la pupilla poteasi far prontamente; ma ch' egli avrebbe arrischiato di ridurre l'occhio destro nel medesimo stato in cui era il sinistro, e che sicuramente alzando la pupilla si sarebbe trovato un impedimento notabile, ossia un velo, che lo avrebbe ridotto quasi alla cecità in cui erasi trovato al principio d' aprile; locchè gli parve imprudente sperimentare dicendomi che era meglio aver la pupilla bassa, e vedere mediocremente, di quello chè averla alta ed essere cieco. Mia risposta.

§. 14. Qui abbiamo il caso in cui può dirsi, che *l' ottimo è nimico del buono*. Molte prove si accordano colla teorica per dimostrare, che quando la pupilla sarà fuor del centro la rifrazione de' raggi che cadono sulla retina sarà minore, e quindi Perchè la discesa della pupilla fosse utile.

i corpi visibili si riconosceranno con maggiore imperfezione; ma se nel centro della cornea vedevasi già discesa la casula, che io non avea potuto portar via; alzando la pupilla avrei trovato l' ingombramento cagionato da essa casula, e toglierla via sarebbe stato tentativo difficile, e pericoloso; perchè ho più fiate sperimentato, che se la casula trovasi confusa in mezzo alle cellette dell'umor vitreo queste la inviluppano in cotal guisa, che le pinzette non possono afferrarla perchè rifugge quando si serrano, e così dovendo insistere a lungo il vitreo cade, e l'iride viene sotto la pinzetta con pericolo di suscitare l' iritide, che può esser cagione dell' atresia ed anche dell' amaurosi osservata nell' occhio sinistro.

Cause della discesa della pupilla.

§. 15. Ho pensato più fiate doversi da ogni buon oculista indagare per quali cagioni la pupilla talora discenda in basso ed altre fiate conservi il suo posto, onde poter evitare per quanto fia possibile l'accennato cangiamento di posizione.

Il vitreo porta in basso la pupilla egualmente che l'ernia.

§. 16. Io credeva, che la pupilla discendesse unicamente allorquando era stata recisa una falda dell' iride, ma ho osservata la stessa deformità quando anche l' iride non era stata recisa, come lo fu nel caso presente, ed allora ho attribuito il fenomeno alla perdita del vitreo perchè vi era stato prolasso ed in questo caso il vitreo attraversava la pupilla, ed abbassava meccanicamente l' iride, e veramente nella maggior parte de' casi in cui vi è perdita del detto umore osservasi la deviazione della pupilla dopo finita la cura. Ho per altro osservato, che in quei casi in cui l'umor vitreo è molto fluido può caderne fuori una porzione considerabile senza, che la pupilla venga trasportata in basso, e finalmente ho notato, che taluni uomini quantunque l' iride fosse rimasta intatta, e conservato si fosse il vitreo, pur non dimeno a motivo della irrequietezza loro hanno scomposto i lembi della ferita, e sebbene al momento dell' operazione si trovasse la cornea ricomposta, la jaloidea intatta, e la pupilla nel centro, pure aperto l'occhio dopo 18 giorni si è trovata allungata.

Conclusione.

§. 17. Conchiuderò adunque dicendo, che la pupilla eccentrica può derivare, o da lesione dell'iride, o da rottura della jaloidea, o da un principio di ernia; ma che quest' ultima causa è la più commune ad osservarsi.

§. 18. Per giudicare se sia sempre utile da evitare questa eccentricità della pupilla basterà osservare che nel caso del de Matteo non avea potuto portar via dall' occhio altra porzione di casula se non quella situata in basso, e che la pupilla essendo eccentrica trovavasi rimpetto al luogo dove mancava la cateratta secondaria (vedi Tav. VII. Fig. 3.), e così il difetto portato dall' operazione avea condotto la pupilla al luogo più favorevole perchè l' uomo vedesse, cioè a quello dove era stata portata via la casula. Perchè non sia sempre dannosa l' eccentricità della pupilla.

STORIA VI.

In cui narrasi la cura tentata nella persona di Berardino Varriano.

§. 1. Questo giovine avea cateratte giallognole, e rugose, con macchie bianche. Mostrandosi fosca l' iride, e ristretta, poco mobile la pupilla, e debolissimi i residui gradi di vista, giudicai doversi riguardare queste cateratte, come dipendenti da paralisi che avea determinata l'atrofia delle lenti, e feci osservare che ne' varj movimenti degli occhi erano tremule. Avvisai dunque gli studiosi, che l' operazione si tentava per soddisfare alla dotta curiosità di taluni, non che al vivo desiderio dell' infermo il quale volea pur tentare l' esperimento di un' operazione giudicata utile da molti professori, ma che vi era prognosi dubbia. Pronostico.

§. 2. Berardino Varriano era in età d' anni 20 natio di Vinchiaturo in provincia di Campobasso, e di temperamento Linfatico-astenico. Condizione ed età dell' uomo.

§. 3. Adì 22. aprile praticai il taglio della cornea sinistra, che riuscì bene, e subito dopo quello della destra, ed ambedue riuscirono secondo le regole perchè piantatovi il ferro, quantunque da principio gli occhi sembrassero agitatissimi ben tosto si fermarono. Taglio delle cornee.

§. 4. Appena toccata la casula sinistra dal cistotomo la lente ch' era fusa se ne uscì mollissima, e la casula venne portata via colla pinzetta dentata traendo seco parte del vitreo aderente. Estrazione della lente e casula sinistra.

Estrazione a destra.

§. 5. All' occhio destro l' umore del Morgagni uscì latticinoso, e la lente videsi spappolata. Nel prender la casula vedeasi il vitreo uscire, e questa ritiravasi in alto, sicchè nel volerla afferrare pizzicai l' iride, e ne uscì molto sangue.

Abbandono residui casulari.

§. 6. Abbandonai dunque i residui della casula per non tormentar più la detta membrana, quantunque ne' casi di paralisi conobbi che l' iride non và soggetta ad infiammarsi se non difficilmente.

Debole vista ad onda delle pupille sgombrate.

§. 7. Le cornee si sono tosto ricomposte e le pupille si mostravano sgombrate, ma l'uomo non diede segno di avere acquistato, che deboli gradi di vista.

Esito poco favorevole.

§. 8. In seguito si usarono tutte le solite diligenze, e nulla ebbe a soffrire l' infermo fino al dì 11. maggio nel quale aperti gli occhi riconobbe qualche corpo ma confusamente.

Debol grado di vista.

§. 9. Nel giorno 17 maggio l'abbiamo osservato in buona luce e si trovarono sanate le cornee, e libere le pupille, ma il Varriano se ne andò persuaso di avere acquistato unicamente quel debole grado di vista, che la debolezza de' suoi nervi poteva permettere essendovi una semi-ambliopia amaurotica.

STORIA VII.

In cui viene esposta la cura di Dimo Nestore che aveva cateratta all' occhio destro e l' altro sano.

Età e patria.

§. 1. Quest' uomo dell' Albania ex militare in età d' anni 50. si presentò desideroso di ricuperar l' occhio destro.

Perchè mi sia determinato.

§. 2. Il mio pronostico è stato alquanto dubbio perchè l'occhio era infossato e picciolo; ma il coraggio, che egli diceva d' avere, ed il vivo desiderio di ricuperar la vista che dimostrava, mi determinarono a tentar l' operazione.

Taglio della cornea in due tempi.

§. 3. Appena cominciata la punzione della cornea destra l' uomo si agitò moltissimo in guisa, che parvemi impossibile condurre a termine l' operazione, è già l' occhio si nascondeva all' angolo interno, e l' iride usciva per la picciola ferita incominciata a cagione delle forti contrazioni, talchè ritirato il coltello e calmato

di nuovo l'infermo ricominciai la punzione dalla parte del canto interno, e mi riuscì di farla portando la punta del coltello entro la prima ferita apertasi nel primo tentativo.

§. 4. Ad onta delle contrazioni l'iride non fu tagliata, l'uomo intanto era sempre più agitato, l'occhio si nascondeva, ma nondimeno mi riuscì di lacerare la casula nel centro e condur fuori la lente. Vedevansi de' fiocchi casulari al contorno della pupilla, nè fu possibile toglierli, e dopo molti stenti ho chiuso le palpebre nel consueto modo parendomi bastantemente distrutta la casula, e notando come cosa estraordinaria l'aver potuto conservare intatta la jaloidea. Lacerazione della casula, ed estrazione della lente.

§. 5. Questa operazione venne eseguita la mattina del dì 4 maggio, e nel dopo pranzo come l'infermo accusava qualche dolore gli venne applicata una mignatta, dopo di che andò bene fino al dì 16 nel qual giorno accusando egli stitichezza gli feci prendere una purga. Cura consecutiva.

§. 6. A dì 22 aperto l'occhio egli riconobbe molti oggetti, e nel dì 1. giugno uscì dalla clinica avendo ricuperata la vista, e solamente nel contorno della pupilla vedeansi due fiocchi casulari. Stato dell'infermo dopo.

§. 7. Quantunque l'occhio sinistro fosse tuttora sano il Nestore mostravasi molto contento di aver ricuperato l'occhio destro, perchè chiudendo l'altro egli potea vedere ogni cosa. Utilità dell'operazione.

STORIA VIII.

In cui narrasi la cura tentata dell'occhio sinistro di Gennaro Carbone.

§. 1. A dì 9 maggio praticai l'estrazione anteriore nell'occhio sinistro di Gennaro Carbone d'anni 55 natio di Marigliano. Età e patria.

§. 2. Nell'occhio destro osservavasi qualche principio di cateratta, e nel sinistro vi era cateratta dura senile cogl'indizii dell'igieneurosi. Stato dell'occhio.

§. 3. La prognosi è stata favorevole quantunque l'occhio fosse infossato perchè la camera anteriore era ampia. Prognosi favorevole.

Operazione. §. 4. Il taglio della cornea riuscì un pò corto, la casula fu ben lacerata, ed il corpo della lente si presentò inviluppato dall'iride, ma avendolo respinto in alto restò libero, ed uscì fuori mostrandosi sgombrata interamente la pupilla e ricuperata la vista, l'occhio nel momento si ricompose con felicità quantunque avesse perduto del vitreo.

Stato consecutivo. §. 5. Il Carbone non accusava dolori fino al dì 11 in questo dì venne applicata una mignatta, e si amministrò una purga al solito; ma ad onta delle nostre cure nel dì 24 esaminato l' occhio si è trovato in suppurazione. Fra i lembi della ferita vedeasi un fiocco del vitreo suppurato, e sotto la cornea mostravasi la suppurazione del corpo vitreo.

Causa del tristo evento. §. 6. Prendendo in esame ciò che avesse potuto dare origine a tale disgrazia, siamo stati assicurati, che nel dì 11 il Carbone era uscito dalla stanza, ed avea fatto de' movimenti disordinati deludendo l' infermiere di guardia, e poichè l' iritide non si era mostrata prima, nè l' iride era stata maltrattata, mi sembra chiaro doversi attribuire tale disgrazia ai movimenti di sordinati che hanno scomposta la cicatrice; tanto più che la palpebra inferiore si trovò entro ai lembi della ferita nel dì 24 e che questa era di qualità molto rigida nel tarso ed elevata estraordinariamente siccome io feci notare agli astanti.

Riflessioni dell' infermo. §. 7. In tale occasione l'infermo ci disse ch'egli trovavasi nello stato di prima restandogli sano l' occhio destro, e che avea tentata la sorte.

STORIA IX.

Nella quale vien riferito come si praticasse l' estrazione anteriore delle cateratte ad ambedue gli occhi di Carlo Ricciuti.

Stato del Ricciuti. §. 1. Carlo Ricciuti d' anni 60 si presentò con cateratta senile secca, ossia dura ad ambedue gli occhi.

Pronostico. §. 2. Il pronostico è stato favorevole per l'igieneurosi quantunque si riconobbe esser egli debole e scorbutico.

§. 3. A dì 20 giugno praticai prima il taglio della cornea sinistra, che mi riuscì bene, ma un pò corto, ed a sbicco per essersi ritirata la cornea verso il canto interno, e mi determinai di allungarlo fin sulla sclerotica nell'atto di compierlo avendo portato bene l'occhio a fior d' orbita appena finita la punzione, talchè spingendo sempre innanzi il ferro giunsi ad intaccare la sclerotica, e tagliai una falda considerevole di congiuntiva sopra di essa. Taglio della cornea sinistra.

§. 4. Nel praticare il taglio della cornea destra appena finita la punzione l' iride si presentò sotto al ferro, e l' occhio si pose in contrazione violenta sicchè due porzioni d' iride, e molte stille dell' acqueo uscivano fuori dalla ferita, io però non volli evitare la detta membrana, e ne tagliai via netta una falda; sicchè ritirato il coltello questa vedevasi attaccata alla lama, e rimaneva prolungata la pupilla in basso come dimostra la Fig. 2 Tav. VI. Taglio della cornea destra unitamente all'iride, ed ifemia.

§. 5. Riaperte le palpebre trovai l' ifemia, ma quella dell' occhio destro era più estesa, e più durevole perchè era stata recisa la congiuntiva. Ifemia trovata più notabile al destro.

§. 6. Estratti varj grumi di sangue lacerai la casula mediante il cistotomo, e la lente destra uscì fuori quasi spontaneamente, ma presentandosi due pezzi di casula vennero subito dopo tirati fuori mediante la pinzetta acuta. Uscita della lente destra.

§. 7. Per l' opposto non riuscì la cosa egualmente facile nell' occhio sinistro, mentre lacerata la casula, la lente non seguitava il cistotomo, e fatta pressione al di sotto della ferita si vide il vitreo sormontarla, e questa volgersi indietro non potendo uscire perchè i lembi del taglio la respingevano essendo fatti a sbieco siccome dimostra la Fig. 4 e 5 Tav. VI. Caduta della lente sinistra.

§. 8. Rimasta libera la pupilla sinistra per la caduta della lente, quantunque non si vedesse più la cateratta ed il Ricciuti mi assicurasse di aver ricuperata la vista non fui contento, ed introdotto l' ago uncinato del Beer per la pupilla di quest' occhio mediante una pressione eseguita sulla sclerotica feci risalire alcun poco la cateratta, e presala come si prenderebbe un pesce coll'amo la trassi fuori, dopo di che riposato l' uomo, ed aperti da lì a brevi istanti i suoi occhi, egli diede segno di vedere con ambedue, ma notai che il destro perdeva del vitreo. Estrazione della lente sinistra mediante l' uncino.

Stato degli occhi nel medesimo giorno.

§. 9. In questo medesimo giorno si notò che i dolori degli occhi erano andati decrescendo, e nella sera l' uomo non sentiva che un' asprezza al luogo delle ferite, ed un dolore quando avesse tentato di muovere gli occhi.

Migliore stato dell' infermo.

§. 10. In seguito non accusò mai dolori al contorno delle orbite; ma unicamente risentiva dolore, e bruciore negli occhi allorquando si raccoglievano molte lagrime in tempo di notte, uscite le quali lagrime calde gli occhi erano subito in calma.

Recisione dell' ernia a sinistra.

§. 11. A dì 11 luglio aperti gli occhi vede bene, ma osservasi picciola ernia all' occhio sinistro, che tosto ho recisa mediante le forbici a becco di grue, e feci chiuder le palpebre con listina di drappo gommoso.

Ambedue gli occhi guariti.

§. 12. A dì 26 il Ricciuti trovasi con ambedue gli occhi guariti le pupille sono allungate ugualmente, ma in alto si veggono residui di casula che potrebbero impedire la vista se la pupilla non fosse discesa.

STORIA X.

In cui si da' conto della cura di Tommaso Ferrara.

Età e condizione dell' uomo.

§. 1. A dì 27 giugno praticai l' estrazione anteriore ad ambedue gli occhi di Tommaso Ferrara d' anni 60 natio di Casoria di un temperamento astenico linfatico, e scorbutico.

Pronostico.

§. 2. Il mio pronostico fu buono quanto all' igieneuiosi, ed esposi agli uditori che le cateratte esser dovcano grandi e solide, come in ogni cateratta dura senile perchè vedevasi la lente di un giallo d' orzo, molto convessa, e scorgeasi nelle cornee l' arco senile.

Taglio a sinistra conforme alle regole.

§. 3. Disposto l' occorrente feci il taglio della cornea sinistra che mi riuscì conforme alle regole spiegate più sopra pag. 63 e seg.

L' occhio destro s' ugge.

§. 4. Nel lato destro mentre il coltello eseguiva la punzione l' occhio si rivolse dal canto interno, e la punta rimase addietro sicchè fu d' uopo spingerla con nuovo impeto entro la ferita, e si ritardò alquanto il passaggio del ferro nel qual momento l' iride venne sotto la punta, e fu attraversata risultandone una seconda pupilla in basso, e formandosi l' istimo come nel caso di

Persichillo, ma compiuta la punzione essendomi trovato padrone dell' occhio lo ricondussi di nuovo in mezzo al campo delle palpebre e dopo spingendo la punta sempre innanzi ho dato compimento al taglio assai lentamente.

§. 5. Senza altro aspettare introdussi per la ferita un coltello da cateratta e lo feci passar dietro all' istimo come indica la Fig. 3. Tav. IV. e si presentò la cateratta, che subito parve disposta ad uscire. Squarciata appena la casula di quest'occhio destro la lente si trovò molle come una pappa, e mediante un cucchiajo la portai fuori tutta intera non rimanendo, che un picciol lembo di casula in alto quasi invisibile, ma vedendo uscire una parte del vitreo abbandonai l' occhio.

Recisione dell'istimo ed estrazione della cateratta destra molle.

§. 6. Nell' occhio sinistro io avea già osservato, che dopo il taglio della cornea la casula anteriore erasi distaccata nel basso, e la cateratta erasi presentata fra i lembi della ferita nel primo momento, ma riaperto l'occhio vidi la casula, che occupava metà della pupilla, e la lente s' era ritirata indietro; stimai dunque poterla prendere mediante una pinzetta acuta, siccome mi riuscì perfettamente di eseguire locchè si dimostra nella Tav. VII. Fig. 4, e presentatasi di nuovo la cateratta dopo l'estrazione della casula cercai condurla fuori afferrandola mediante il cistotomo angolare che la trasse fuori siccome rappresenta la Fig. 5.

Estrazione della cateratta sinistra.

§. 7. Liberate le pupille, e ricompostesi le cornee abbiamo usato le consuete diligenze. Nella notte del 14 il Ferrara accusò dolori al contorno delle orbite, e vennero applicate le mignatte con molto sollievo dell' infermo. A dì 16 luglio aperti gli occhi egli dà segno di vedere. Poi coll'occhio destro urta contro una tavola e scorgesi nel dì 26 un sacco della congiuntiva ripieno d' umor vitreo al luogo della cicatrice destra, che si era spezzata, e lo tagliai via. Nell' occhio sinistro erasi formata ernia dell' iride (vedi Tav. VII. Fig. 6.).

Cura consecutiva e formazione di ernia del vitreo.

§. 8. Nel dì 31 ho praticata la recisione dell' ernia accennata comparsa nel sinistro occhio, e rimetto a letto l' infermo.

Recisione dell' ernia.

§. 9. A dì 14 agosto l' uomo è sanato, e vede bene si nota che la pupilla destra è poco allungata, ma la sinistra, quantunque l' iride fosse stata serbata intera nel momento dell' operazione, è

Stato degli occhi adì 14. Agos.

più deformata dell' altra per effetto dell' ernia, che sempre dà origine a discesa dell' iride, e che si è dovuta poi recidere.

Riflessioni utili in questo caso.

§. 10. Chi è dato alla pratica deve tener conto di questo caso in cui si è veduta rompersi la cicatrice destra 27 giorni dopo l'operazione, e sarà ben contento nel conoscere, che l' ernia sia stata guarita dopo la recisione, anche nel lato suddetto, ove era formata dal solo vitreo, e non dall' iride.

Parte in buono stato.

§. 11. A dì 14 agosto il Ferrara parte dalla clinica ricuperato nella vista, e sano ad ambedue gli occhi; le pupille presentano la forma indicata dalle figure 3 e 6.

STORIA XI.

In cui viene esposta la cura di ambedue le cateratte nella persona di Domenico Percacciuolo.

Condizione dell' infermo.

§. 1. A dì 18 luglio ho praticato l' estrazione anteriore delle cateratte ad ambedue gli occhi di Domenico Percacciuolo da Gaivano, l' uomo era in età di anni 30 ed accusava asma, era sifilitico, scorbutico, e di temperamento astenico linfatico.

Condizioni degli occhi, e delle cateratte.

§. 2. I moti dell' iride erano piccioli, e le lenti sembravano nello stato d' atrofia perchè aveano la superficie rugosa, ed erano tremule ne' movimenti dell' occhio.

Forma degli occhi e delle cornee.

§. 3. La forma degli occhi è buona, le cornee sono picciole, l' uomo sembra alquanto stupido.

Taglio a sinistra.

§. 4. Il taglio della cornea sinistra mi riuscì perfetto essendo spaziosa l' apertura, e marginale, come rappresenta la Fig. 3. della Tav. IX.

Nel tagliare la cornea si comprende la congiuntiva.

§. 5. Il taglio destro mi riuscì egualmente bene quantunque il ferro si muovesse con lentezza nel passaggio, ed arrivasse sulla congiuntiva della sclerotica talchè subito si trovò l' ifemia, e fu d' uopo alzare la cornea, e tirar fuori grumi di sangue colla pinzetta acuta. Vedi Tav. IX. Fig. 1.

Estrazione dell' ifemia, e delle casule.

§. 6. Vuotato il sangue la lacerazione delle casule mi riuscì facile perchè erano molli, e le lenti si sono trovate in istato di

atrofia talchè ho impiegato il cucchiajo con molta utilità principalmente a sinistra. A destra restavano però due pezzi di casula che scendevano dall'alto ed erano tenaci e membranosi talchè non potendo portarli via mediante il cucchiajo gli ho tolti mediante la pinzetta dentata vedi Fig. 2. Nell'occhio sinistro l'uso del cucchajo ed una moderata pressione bastarono a portar via l' intera cateratta, ma siccome nel maneggio dell'accennato stromento era entrata una bolla d' aria Fig. 4., la portai via facendo una pressione sulla sclerotica ed incontrandola mediante la pinzetta dentata chiusa.

§. 7. L' uomo ci diede segno di vedere distintamente, e feci notare a' miei uditori, che le pupille rimanevano libere, e centrali, che le cornee si erano bene ricomposte, e la jaloidea era rimasta intatta. Buono stato delle pupille.

§. 8. Dopo queste riflessioni dichiarai che non vi era dunque ragione alcuna per dubitare della riuscita la più felice in questo caso ad onta del temperamento, e delle sfavorevoli discrasie. Pronostico buono dopo l' estrazione.

§. 9. Il giorno 19 l' uomo stà bene, e non accusa che il consueto scolo dell' acqueo. Buono stato consecutivo.

§. 10. Verso il far del giorno nel 20 luglio accusa leggieri dolori ad ambedue gli occhi, e si applicano due mignatte con notabile vantaggio. Utilità delle mignatte per l' incipiente iritide.

§. 11. Continua bene fino al 1 agosto, nella notte però avendo egli accusato nuovi dolori al contorno delle orbite, e negli occhi si applicano due mignatte con molta utilità. Seconda applicazione delle mignatte.

§. 12. In seguito và sempre migliorando, e nel dì 4 agosto scoperti gli occhi sembra sanato perfettamente, nè osservasi che un picciolo ingombro al contorno della pupilla sinistra in alto, egli ciò nulla ostante vede bene con ambedue gli occhi. Buono stato consecutivo.

§. 13. Adi 15 il Percacciuolo è partito dalla clinica dopo aver dato chiare pruove di aver ricuperata la vista egualmente bene ad ambedue gli occhi. Guarigione ottenuta.

STORIA XII.

In cui si da conto della cura praticata ad Antonia Bottigliera.

Epoca, età, ed aspetto delle cateratte.

§. 1. Il dì 25 luglio 1818 feci osservare che Antonia Bottigliera natia di Napoli d'anni 55 avea le cateratte albuminose senili, e la sinistra era più biancastra, nè quest' occhio vedeva i corpi; nel destro poi la cateratta sembrava più profonda era giallognola fosca, e quest' occhio distingueva ancora molti colori.

Pronostico.

§. 2. Pronosticai difficile l' operazione perchè gli occhi erano infossati, e le cornee grandi, locchè è un segno di cateratte voluminose vi erano però i segni dell'igiencurosi, nè mi faceva ostacolo essere la donna nervosa debole, e scorbutica.

Taglio della cornea sinistra.

§. 3. Il taglio della cornea sinistra mi riuscì bene; ma un pò corto non avendo potuto discendere fin sul margine di essa per una fretta mal calcolata di compierlo.

Taglio della destra.

§. 4. All'occhio destro, quantunque si pratichi colla mano sinistra, il taglio riuscì più esteso comprendendovi l' iride, e ne tagliai via la falda inferiore intaccando anche profondamente la casula.

Passaggio della lente sinistra.

§. 5. Il passaggio della lente riuscì stentato all' occhio sinistro perchè veniva inviluppata dall' iride, e portò seco del pigmento nero, in quest' occhio la casula formava dopo l' estrazione un tenuissimo velo alla pupilla nè fu tolto, che lacerando la jaloidea colla pinzetta dentata.

Passaggio della lente destra.

§. 6. Al destro la lente passò libera, ed i residui essendo molli e già staccati nell' atto di tagliar la cornea vennero portati via facilmente usando il cucchiajo.

Buono stato delle cornee.

§. 7. Riposata l' inferma e fattala poi camminare trovai le cornee ricomposte, e la donna vedeva; le ordinai di volgere in alto gli occhi, mentre io teneva le palpebre inferiori abbassate, e tosto applicai le strisce gommose.

Cura consecutiva.

§. 8. A dì 26 và bene, ma nella notte si applicò una mignatta ai contorni dell'occhio sinistro perchè accusava dolori, a dì 27 se ne applica un' altra, ed i dolori si calmano dopo le mignatte, indi non più si rinnovano.

§. 9. A dì 13 agosto sembra guarita, si aprono gli occhi e stà bene, e nel dì 15 esce di clinica in ottimo stato. Guarita felicemente.

§. 10. Questo caso giova a provare, che l' urto portato sull' iride nel passaggio della lente può dar principio a grave infiammazione, e ci ha convinti ognor più dell' utilità delle emissioni di sangue locali. Deduzioni pratiche.

§. 11. Ho fatto anche osservare a miei uditori il vantaggio che porta quasi sempre la recisione netta dell' iride, e si vide, che ad onta del taglio fattovi nell' occhio destro il margine inferiore s' era disteso, e la pupilla era quasi centrale. Recisione dell' iride utile.

§. 12. Nè al buon successo si oppose il temperamento, o le discrasie della inferma. Il temperamento e le discrasie non danneggiarono l' inferma.

CAPO XXVI.

In cui trattasi dell' estrazione anterior superiore.

§. 1. Uno de' più vivaci ingegni fra i nostri professori di chirurgia, il culto sig. Santorelli di Forlì propose verso l' anno 1800, e sostenne con calore l' utilità di aprire la cornea nella parte superiore, invece che nell' inferiore. Metodo superiore proposto dal Santorelli.

§. 2. A primo aspetto sembra utile aprire la cornea in alto per evitare la perdita dell' acqueo, e di qualche porzione del vitreo, come anche perchè la ferita trovandosi investita dalla palpebra superiore meglio che dalla inferiore; si ricompone con maggior facilità. Utilità attribuita a questo metodo.

§. 3. Per questi motivi il sullodato professore insegna doversi aprire la cornea immergendo nella sua parte superiore un coltello a foglia di mirto largo 3 linee circa, il quale discendendo dalla periferia vada fino al centro della casula (vedi Tav. X. Fig. 1.). Come insegni di aprire la cornea.

§. 4. Io sono stato assicurato, che tale pratica gli è riuscita più volte infelice, e lo comprovano le medesime storie da lui pubblicate, si osservò che più fiate egli ha dovuto lasciare la casula, e ne è venuta cateratta secondaria, e non di rado l' iritide, o la suppurazione ha seguitato simili tentativi. Tristi effetti notati in pratica.

I vantaggi si riconoscono illusorj da quanto osservasi nelle altre operazioni.

§. 5. Chi ha ben considerato ciò, che si passa nell'esercizio dell'estrazione anteriore solita a praticarsi, intenderà l'origine degli accennati inconvenienti, e comprenderà, che i vantaggi sperati da questo metodo sono illusorj.

Gli umori non escono solamente pel proprio peso.

§. 6. Basta considerare, che gli umori non tanto escono per la forza del proprio lor peso, quanto per le contrazioni dell'occhio, e da ciò si potrà dedurre che la loro perdita avrà luogo egualmente se il taglio sarà fatto in alto, oppure in basso.

Il taglio così praticato non può riuscire di misura.

§. 7. Ma inoltre si pratichi sull'occhio d'un cadavere il taglio della cornea nel modo più sopra descritto, e si vedrà non poter questo riuscire di giusta misura, e che sarà insufficiente a dar passaggio alle cateratte o dure o albuminose, le quali si presenteranno sempre avviluppate dall' iride con grave pericolo.

L'apertura delle palpebre e la necessità di forzare l'occhio a volgersi in basso recheranno danno.

§. 8. Chi ha sperimentato con quanta cura debbasi evitare di comprimere le palpebre dopo compiuto il taglio della cornea; e come sia utile portare a fine l'operazione senza mai più aprirle per intero, dal momento in cui è stata finita la punzione, intenderà il pericolo di tenerle molto divaricate, e di forzare l'uomo a volgere in basso l'occhio, onde scoprire la parte superiore della cornea, locchè è inevitabile quando il taglio sia fatto in alto. Fig. 2. e 3.

Pericoli notabili nel momento di usar le pinzette.

§. 9. Ma il maggior pericolo si esperimenterà discendendo obbliquamente colle pinzette al che fare ci obbliga l'arco sopracigliare che sporge in fuori, e le dirige contro l'iride, e porta allargamento de' margini della cornea ferita con pericolo che l'aria penetri nell'occhio, e ci obblighi a nuovi maneggi per farla uscire; aggiungasi, che in questo momento è facil cosa che l'occhio volgasi in alto improvvisamente, e porti l'iride ad urtare contro le pinzette, come ho spiegato trattando dell'ectomia praticata in alto (lib. II. pag. 247 e 250).

Il Dott. Jäger ha sostituito un coltello per far meglio il taglio.

§. 10. Il valente dottor Jäger ha ben calcolato la picciolezza del taglio, che si ottiene per l'immersione del coltello a foglia di mirto ed in questi ultimi tempi ha tentato di praticare il taglio in alto impiegando un doppio coltello atto a formare una ferita più estesa, ma egli non ha potuto ovviare nè alla dilatazione delle palpebre nè agl' inconvenienti notati nel maneggio delle pinzette.

§. 11. Questo nuovo coltello rappresenta due mezze lame del coltello di Beer, che scorrono l'una sull' altra, e prima eseguisce la punzione colla mezza lama fissa, indi spinge innanzi l' altra praticando così il compimento del taglio (vedi Tav. X. Fig. 5.).

Forma del coltello suddetto.

§. 12. Ognuno intenderà che questo coltello passerà con maggiore stento de' nostri semplici, e ci obbligherà a comprimer le palpebre nell' ultimo tempo del taglio perchè trovasi voltato in alto, mentre nelle nostre pratiche ho raccomandato di lasciar cadere dolcemente la palpebra, e non terminare con precipitazione l' estrazione della cateratta.

Inconvenienti inevitabili nell' uso di esso.

§. 13. Nel momento di toglier la casula siccome più sopra ho già dichiarato saremo costretti a discendere obbliquamente colle pinzette, e ad aprire con violenza la palpebra superiore obbligando anche l' infermo a volger l' occhio in basso locchè porta sempre dannose contrazioni, e dilatazione della ferita coll' ingresso dell' aria.

Pericoli inevitabili nell' ultimo tempo.

§. 14. Queste contrazioni dovendo spinger fuori l' acqueo, e gran parte del vitreo, non lasciano luogo a sperare altro vantaggio dal metodo superiore, se non quello di una più facile ricomposizione della ferita, stantecchè la palpebra superiore tutta la investe, e vi discende sopra senza pericolo di penetrarvi; ma contrabilancia a questo vantaggio il pericolo, che se materie purulente vengano separate dai contorni della ferita possano queste cadere nell' anterior camera, e diventare un fomite di suppurazione.

Perdita parziale degli umori, e poca utilità della situazione del taglio.

§. 15. Gli accennati inconvenienti sono assai manifesti, nè possono compensare il picciolo vantaggio, che trar si potrebbe dalla men facile perdita dell' acqueo, o del vitreo. D' altronde questa non è di grave pericolo, e non ha luogo se non in caso di gravi contrazioni, e laccrazioni della jaloidea; disordini, i quali si potranno per lo più evitare nella pratica dell' estrazione inferiore perchè non si comprimono a lungo le palpebre, e le pinzette possono esser maneggiate a fior d'orbita senza urtare contro l' iride, nè allargare molto i margini della ferita.

Perchè io non abbia stimato doversi tentare l' esposto metodo.

§. 16. Per le ragioni spiegate sembrami adunque inutile, ed anzi pericoloso metter questo metodo alle pruove dell' esperienza, e sembrami dimostrato doversi anteporre il consueto metodo; ma già ho notato che la maggior parte de' pratici è stata di questo

Mancano sufficienti prove di esperienza.

parere, nè il sig. Santorelli ci offre una serie tale di esperimenti che possa darci coraggio bastante, onde imitarlo in questa pratica, sebbene debbansi commendare i suoi sforzi onde promuovere l' arte.

CAPO XXVII.

Intorno al metodo dell' esrazione laterale.

Debbo parlare del metodo laterale.

§. 1. Onde progredire coll'ordine addottato debbo ora spiegare ciò che riguarda l'estrazione laterale, che si eseguisce facendo passare e gli stromenti e la cateratta lateralmente alla cornea per un taglio praticato nella sclerotica verso il canto esterno dell' occhio.

Prima di venire all'operazione debbonsi praticare i precetti generali; ed avere l' agogite.

§. 2. Prima di venire all' operazione si dovrà, come in qualunque altro caso di ecraxis aver messo in pratica i quattro precetti generali, che ho spiegato più sopra pag. 54. e segu. ed esposti nel lib. II. pag. 110, e si aggiungerà all' armamentario consueto oltre i cistotomi, ed il cucchiajo, anche l' *agogite* del quale dò ora la descrizione.

Origine del vocabolo agogite.

§. 3. Il vocabolo *agogite* è derivato dalla voce greca *Ago*, che significa condurre, poichè indica esser questo l' istromento destinato a condur fuori la cateratta.

Descrizione dell' agogite.

§. 4. Consiste il mio agogite in una pinzetta d' oro terminata da due cucchiaj, uno de' quali è fermo sul manico (Vedi Tav. XI. Fig. 5.), l' altro è mobile in due sensi; poichè si può discostare dal precedente; ma tende a chiudersi per la forza di una molla, e può camminare indietro, ed innanzi finchè giunga rimpetto all'estremità del cucchiajo stabile, ed allora chiudesi come una pinzetta a molla abbracciando tutta la cateratta se vi sia portato addosso.

Forma de' cucchiai posti all' estremità dell' agogite.

§. 5. La forma, e dimensione de' due cucchiaj è proporzionata al volume, e forma delle cateratte, ed il cucchiajo fisso sul manico porta nella sua estremità una punta, che serve ad incominciare la separazione della casula nel mentre viene a chiudersi l' altro, e sotto a questa trovasi scolpito un solco nel quale và a cadere l' estremo lembo del cucchiajo mobile destinato a serrarvi la casula dentro qualunque volta fosse membranosa.

§. 6. Il cucchiajo mobile si articola sopra un pezzo di acciaro aa. sostenuto da un cilindretto mobile, che scorre per entro al manubrio del cucchiajo fisso b. b. e questo medesimo cilindretto porta seco la molla, che serve a ravvicinare le due estremità dell' agogite; cosicchè il cucchiajo mobile cammina portando seco il suo sostegno, e la sua molla che sta su quello appoggiata, e perciò i suoi movimenti riescono equabili e dolci.

Sostegno, ed articolazione del cucchiajo mobile.

PROBLEMA III.

Dato un caso di cateratta vera semplice eseguire l' estrazione laterale.

Reg. I. Mediante un coltello da cateratta si farà nella sclerotica un taglio lungo quattro linee circa, il quale aver deve una direzione paralella al margine della cornea verso il canto esterno, e dovrà trovarsi alla distanza di una linea e mezza circa dal margine di questa membrana vale a dire attraverserà il luogo destinato per la puntura in caso di depressione laterale (vedi Tav. XI. Fig. 2.).

Reg. II. Si porterà il cucchiajo fisso dell' agogite per entro alla ferita della sclerotica in modo che giunga dinanzi alla casula, e subitochè l' istromento osservato nel guardare attraverso alla cornea, ed alla pupilla sarà giunto sul lembo interno di essa si volgerà la sua punta in cotal guisa, che resti separata dai legamenti cigliari vicini e si spingerà innanzi il cucchiajo mobile in modo tale, che vada ad abbracciare la faccia posteriore del cristallino Fig. 3.

Reg. III. Lasciando agir la molla si avrà così abbracciata lente e casula, e si ritirerà con dolcezza l' agogite, che porterà seco l' intera cateratta; ma se rimanessero parti di essa spezzate nell' occhio, o se l'aria si fosse introdotta bisognerà aver cura di fare uscire il tutto o mediante il cucchiajo, o mediante le pinzette.

CAPO XXVIII.

In cui viene dilucidata la regola I. che riguarda il taglio della sclerotica.

Come si debba aprire la sclerotica e la coroidea.

§. 2. Credo che il migliore espediente per eseguire il taglio descritto nella regola prima sia quello di piantare un coltello da cateratta due linee al di sopra del punto in cui siamo soliti ferir questa membrana coll'ago nella pratica dell'abbassamento laterale, e discendere colla punta in basso di modo che la sclerotica resti traforata verso l' angolo esterno assieme colla coroidea nel luogo della zona cigliare. Bisognerà badare di non avvicinarsi troppo al margine della cornea, che altrimenti il coltello eseguirebbe una dialisi dell' iride, e si avrà cura di non scostarsene troppo onde non tagliare al di là della corona cigliare dove stà la retina.

Opportunità del luogo prescelto.

§. 2. Tagliando la sclerotica nel luogo indicato non si può ferire la retina poichè sappiamo, che quella membrana non arriva, che al confine della zona cigliare, ed abbiamo veduto potersi impunemente attraversare cogli aghi la sclerotica, e la coroidea per fino alla distanza di 4 linee dal confine della cornea; come usava il dottor Hey nel praticare la depressione.

Come si torni ad uscir fuori col ferro.

§. 3. Traforate le membrane la punta del coltello deve scendere in basso in maniera di traforare nuovamente la coroidea e la sclerotica alla distanza di tre linee circa dal luogo in cui si è piantato il coltello, e si procederà al compimento del taglio con lentezza affinchè la contrazione dell' occhio non faccia perdere molto umor vitreo, tenendo sempre il piatto del coltello parallelo al piano dell' iride (vedi Tav. XI. Fig. 2.)

Non si deve temere il vuotamento.

§. 4. Bisogna eseguire il taglio con franchezza, e senza comprimer l' occhio, e non vi sarà a temere il vuotamento.

Si sospende se la contrazione è violenta.

§. 5. Gioverà per altro sospendere il taglio quando si presentasse contrazione violenta, e terminarlo con molta lentezza dopo avere abbandonate le palpebre.

Fenomeno che si osserva nel passaggio.

§. 6. Nel momento del passaggio il coltello suole urtare contro la cateratta, ma ciò non farà senso veruno, come pure non si deve

temere verun danno se mai si staccasse l' iride dal margine della coroidea perchè queste parti con tutta facilità si ricompongono, ma questo fenomeno non si osserva, che allorquando il coltello passa troppo vicino all' iride.

CAPO XXIX.

In cui si dilucida la pratica della seconda regola.

§. 1. Questa regola non ha bisogno di molta dilucidazione essendo facile intendere, che per abbracciare la cateratta coi due cucchiaj gioverà portare prima il cucchiajo dentato dinanzi alla casula anteriore, e dopo far passare l' altro che è mobile sulla parte posteriore di essa in guisa, che lasciando agire la molla resti chiusa fra loro la cateratta. Debbo per altro confessare che praticando la prima parte di questa regola non ho incontrato difficoltà, ma bensì ne ho sperimentato molte nell'eseguire la seconda parte, poichè talvolta il cucchiajo non passava dietro alla cateratta, ma anzi entrando nell' occhio la respingeva fuori dall'agogite, e molte volte urtava contro i lembi della ferita, e la squarciava perchè non era stata bastevolmente aperta.

Come si debbano condurre i due cucchiai.

§. 2. È cosa degna d' osservazione che allorquando facciamo passare il cucchiajo dentato dietro dell' iride, se vi passa molto davvicino questa vedesi trasparente, come se l'iride fosse un sottil vetro color del tabacco di Spagna, cosa che serve a dimostrare quanto sia diafana questa membranella ad onta, che nol sembri a chiunque ne consideri il color foseo.

Trasparenza dell' iride osservata nel passare il cucchiajo dentato.

§. 3. Qualche volta il secondo cucchiajo nell' introdursi mi ha portato dell' aria nell' occhio, ed in questi casi sono stato attento a spingerla fuori.

L' aria portata nell'occhio dal secondo cucchiajo.

§. 4. Se si potesse formare un agogite il quale abbracciasse la cateratta senza tanto allargare la ferita, se fosse possibile condurla fuori tutta intera col solo ajuto del cucchiajo anteriore parmi, che l'operazione riuscir dovrebbe più facile, e sicura. Vorrei trovar modo d' imbrigliare lente, e casula o con fili d' oro, o di seta, e poi tirarla fuori.

Modificazioni immaginate finora.

CAPO XXX.

In cui spiegasi la regola III.

Si dovrà allungare il taglio, e tirarla fuori con altri stromenti.

§. 1. Non sarà difficile tirar fuori la cateratta qualunque volta il taglio della cornea sia riuscito abbastanza grande, e quando trovisi abbracciata dai cucchiaj dell'agogite, ma se per causa del suo volume uscisse con difficoltà non bisognerà ostinarsi a portarla via con violenza.

Perchè non si ritorni a prender la cateratta coll'agogite.

§. 2. In questo caso sarà miglior consiglio ritirar l'agogite ed abbandonarla per dilatare poi il taglio, e tirarla fuori o mediante l'uncino, o mediante le pinzette secondo si stimerà più conducente, io non replico l'introduzione dell'agogite perchè arreca grave molestia.

Gli sperimenti provano il danno di riportar l'agogite.

§. 3. Pur troppo ho notato nelle storie de' miei primi sperimenti, che allorquando era mestieri portare più d'una volta l'agogite nell'occhio l'irritazione determinava una gravissima oftalmia traumatica; e siccome la cateratta suole essere stata distaccata e squarciata dalla prima applicazione dell'agogite, se è molle si potrà condurla fuori mediante il cucchiajo di Dawiel, se è membranosa o solida si potrà impiegare o l'uncino o le pinzette.

Si farà uscire l'aria.

§. 4. Liberata così la pupilla innanzi di chiuder le palpebre si dovrà badare se vi fosse dell'aria nell'occhio, e questa si farà uscire mediante una conveniente pressione portandovi incontro o le pinzette o il cucchiajo di Dawiel, come si è detto parlando dell'estrazione anteriore.

Precauzione da usarsi nell'impiegare il cucchiajo.

§. 5. Si dovrà badare, che il cucchiajo di Dawiel qualunque volta deve esser portato nell'occhio sia prima riempito da qualche porzione dell'umor vitreo, onde evitare, che introduca dell'aria.

CAPO XXXI.

Nel quale si mettono a calcolo i vantaggi, che presenta l' estrazione laterale; confrontata colla anteriore.

§. 1. Si predicava da tutti i nostri maestri, che il taglio della cornea era pericoloso per le gravi infiammazioni da quello prodotte, e che era difficile a cicatrizzarsi stante la natura di quella membrana, e poi lasciava la pupilla deforme, in fine aggiugnevasi che l' infermo veniva esposto al vuotamento dell' occhio, ed all' emorragia qualunque volta o i muscoli si contraessero con violenza, o sorgesse la tosse, il singhiozzo, ed il vomito.

Critiche dichiarate contro il metodo dell' estrazione anteriore.

§. 2. Queste critiche fatte al metodo anteriore per una parte e l'incertezza in cui mi trovava per l'altra essendomi mancato il successo ne' primi sperimenti di abbassamento come spiegherò altrove e notato avendo che molte operazioni eseguite da abili maestri aveano incontrato esito infelice mi determinarono a tentare il metodo laterale parendomi questo l' unico espediente onde evitare l' incertezza dell'abbassamento, la recisione della cornea, e l'alterazione della pupilla, che tanto si temevano nella pratica usata fino allora.

Parevami che l' estrazione laterale giovasse ad evitare gl' inconvenienti de' metodi conosciuti.

§. 3. Oltre al vantaggio di poter lasciare intatta l' iride, e la cornea quando impiegasi il metodo laterale io calcolava moltissimo quello, che possiamo condurre facilmente l' agogite ad abbracciare le due convessità del cristallino; così la casula può con sicurezza venir tolta e distrutta perchè il cucchiajo anteriore tutta la investe e trova punto d' appoggio sul corpo cristallino.

Azione dell' agogite utilissima per togliere l' intera cateratta.

§. 4. Contrastava però con questi vantaggi il dubbio, che la grande ferita della sclerotica produr potesse infiammazione troppo violenta, oppure desse luogo ad una perdita dannosa dell' umor vitreo, ma per uscire da ogni dubbiezza bisognava tentare la via degli sperimenti, ed ecco quel tanto, che ho potuto notare in pratica.

Dubbiezze da togliersi per via della pratica.

CAPO XXXII.

In cui si dà conto degli sperimenti praticati col metodo laterale.

Primo esperimento fortunato.

§. 1. Verso l'autunno del 1810 incominciano gli sperimenti ed il primo tentato in Bassano, quantunque venisse praticato in un caso di cateratta secondaria da me creduta cateratta vera semplice non di meno riuscì felice perchè invece di staccarsi la cateratta dall'iride si distaccò l'iride dalla coroidea, e ne risultò una dialisi inaspettata per la quale il villico Antonio NN ricuperò notabile forza visiva, e soltanto un anno dopo lo ritrovai con perdita quasi totale della vista perchè quella membrana si era distesa e la nuova pupilla era scomparsa quasi interamente.

Assicurazioni dedotte da' primi sperimenti.

§. 2. La pronta guarigione della sclerotica, e la pochissima perdita del vitreo mi rassicurarono non doversi temere nè il vuotamento, nè la grave infiammazione, e questo sperimento mi servì a riconoscere la necessità di usare uno stromento meglio addattato delle pinzette ordinarie, allora da me impiegate onde condur fuori la cateratta.

Felice successo notato nella persona di Domenico Manfro.

§. 3. Feci dunque eseguire l'agogite, e praticai un secondo sperimento a Vicenza nell'occhio destro di Domenico Manfro tentando contemporaneamente nel sinistro occhio di questo giovanetto l'estrazione anteriore, ed il metodo laterale ottenne il più fortunato sucesso, quantunque non mancasse il buon esito neppure all'occhio sinistro, ma la pupilla rimaneva in questo ingombrata da residui di casula, e la guarigione della cornea riuscì a stento, mentre la sclerotica in men di otto giorni si trovò guarita.

Tre sperimenti infelici tentati a Padova.

§. 4. Venuta subito dopo l'epoca dell'apertura de' nuovi studj praticai tre altri sperimenti nella clinica dell'università di Padova verso la fine del mese di dicembre l'uno nell'occhio sinistro di certo Antonio Cavallaro, e gli altri in ambedue gli occhi di Giovanni N. N. da Vicenza, ma trovato avendo cateratte voluminose e dure vi fu molto stento nell'esecuzione, e troppo tardi conobbi che i coltelli a foglia di mirto aveano aperto piccioli tagli, per la qual cosa nell'estate del consecutivo anno osservando i due infermi conobbi, che il solo occhio destro di Antonio Cavallaro nel quale

erasi da me praticata l'estrazione anteriore, ricuperata avea la vista, e gli altri invece erano in istato di atresia per la grave iritide sofferta.

§. 5. Nella primavera del 1811 avendo perfezionato notabilmente l'agogite volli tentare novelli sperimenti in Bologna, perchè da Padova le notizie de' tre precedenti casi mi erano state mandate confuse, e piuttosto favorevoli; cosa, che riconobbi poi inesatta recandomi io stesso sul luogo come ho dichiarato. Frattanto pieno di fiducia per le notizie raccolte, e per la migliore costruzione de' miei stromenti, tentai quattro novelli sperimenti de' quali dà conto il dottor Odoardo Loder nel suo viaggio scientifico pubblicato a Lipsia nel 1817 ed avendo eseguito il metodo laterale ne' quattro occhi di Girolamo Rossi, e Susanna Fabbri si è trovato, che un solo andò sottoposto a grave iritide nella Fabbri perchè il taglio mi era riuscito picciolo, e la cateratta era senile e dura; ma gli altri tre occhi ricuperarono mirabilmente la vista, nè soffrirono il benchè menomo incommodo dopo l'operazione; talchè de' primi nove sperimenti cinque riuscirono con felicità guariti essendo gli occhi prontamente, e stabilmente senza nè ernia, nè deformità di pupilla, nè residui di casula.

Tre fortunati sperimenti tentati in Bologna, ed un quarto infelice.

§. 6. Non così andò la cosa nel rimanente di quel medesimo anno poichè avendo io desiderato rendere ognor più taglienti i miei coltelli venni da un arrotino, il quale gli ridusse sottili in guisa che tagliavano benissimo la pelle de' battiloro, ma negli occhi si piegavano stante la durezza delle membrane e non le aprivano per quanto era mestieri, inoltre una modificazione portata negli agogiti mi riuscì piuttosto dannosa, che utile, perchè non più s' impadronivano della cateratta colla facilità di prima, e nel ritirarli s' impegnavano ne' margini della ferita; ragione per cui ben otto sperimenti tentati in Padova, ed in Verona ebbero esito infelice recando o atrofia, o atresia negli occhi de' nostri infermi.

Cause per cui otto sperimenti riuscirono infelici.

§. 7. Disgustato da questi rincrescevoli avvenimenti, e notato avendo, che ne' tentativi di comparazione il metodo anteriore mi avea recato felicissimi effetti deliberai dare a questo la preferenza ed astenermi da qualunque pratica del metodo laterale fintantochè non mi riuscisse ridurre gli stromenti a cotal grado di perfezione da poter rendere molto probabile la felice riuscita.

Risoluzione presa a favore dell'estrazione anteriore.

*

Nuovi sperimenti usando altri coltelli, e nuovi agogiti.

§. 8. Per l'estate del 1813 avendo preparato coltelli di ottima tempra, fatti eseguire de' nuovi agogiti, e rincorato essendo dalla favorevole opinione, che il professore Matteucci di Forlì portava al nuovo metodo, ripigliai le mie indagini, e lasciato il coltello a foglia di mirto addottai di traforare la sclerotica mediante un coltello da cateratta, che dopo essere stato piantato sulla parte più elevata della sclerotica al canto esterno discende a terminar la punzione, e compie il taglio imitando quello che si pratica nella cornea vedi Tav. XI. Fig. 2.; la Fig. 1. rappresenta in che modo si praticasse il taglio ne' primi esperimenti, e si conosce a colpo d'occhio che il taglio fatto come indica la Fig. 2. riuscir deve più ampio.

Sei sperimenti de' quali cinque riuscirono felicemente.

§. 9. Sei furono gli esperimenti eseguiti in quell' anno, cinque de' quali ebbero ottimo sucesso principiando da Margh. Bondi Sarti, anzi nella persona di Francesco Baldelli il metodo laterale riportò vittoria; poichè in un occhio essendosi tentata l' estrazione anteriore questa riuscì infruttuosa per causa di cateratta secondaria, e nell' altro si ottenne dal nuovo metodo una felice guarigione, e più fortunatamente ancora questo erasi sperimentato in ambedue gli occhi di certa Maria Rambelli, poichè ambedue si guarirono prontamente, e ricuperarono la vista, quantunque l' inferma fosse artritica; scorbutica, e da molti anni giacente in un letto per contrazione degli arti inferiori conseguenza di dolori artritici pertinacissimi, e solamente restò infruttuosa l' operazione in un occhio di Catterina Gabellini, nella quale però anche l'occhio destro rimase ingombrato da residui di casula sebbene in questo si fosse praticata con molta diligenza l' estrazione anteriore. Il Sesto sperimento riuscì felice all'occhio sinistro di Giovanna Agostini.

Nuova conferma a favore dell' estrazione anteriore per causa di due sperimenti infelici.

§. 10. Ad onta di questi cinque casi favoreli i felici sucessi, che io di continuo otteneva col metodo anteriore mi determinarono a perfezionarmi in questa pratica e più raramente tentai l'estrazione laterale sicchè ho raccolto negli ultimi tredici anni quattro sole osservazioni la prima in certo Marco Gardenghi produsse atresia, mentre il metodo anteriore riuscì fortunato nell' occhio destro del medesimo, e quasi lo stesso si notò nel caso di Fiorentino Mazza in cui non era stato possibile estrarre intera la cateratta, e l' agogite dovè esser maneggiato con dello stento, e si perdè moltissimo vitreo, e molt' aria s' introdusse nell' occhio.

§. 11. Presi dopo questi due tentativi in considerazione tutti i casi preceduti e riconosciuto avendo che volere insistere a lungo nel maneggio dell' agogite è la stessa cosa, che andare incontro ad una violenta iritide, e per altro lato notato avendo, che in taluni sperimenti da me eseguiti onde riconoscere il valore dell' abbassamento, allorquando la cateratta non rimaneva prontamente abbassata, io avea eseguita nel medesimo occhio, e sul momento l' estrazione anteriore con ottima riuscita, deliberai tentare novelli sperimenti come siegue.

Osservazioni singolari che mi hanno determinato a fissare un nuovo piano di operazioni.

§. 12. Mi sono proposto di aprir la sclerotica mediante il taglio laterale, e subitochè con questo metodo s' incontrassero ostacoli, e che l' agogite per qualunque impedimento non potesse entrare con facilità, oppure non portasse fuori la cateratta intera, mi sono posto in mente di aprire la cornea, e ricorrere all' esecuzione dell' estrazione anteriore.

Progetto di praticare i due metodi ne' casi difficili.

§. 13. Ne' due ultimi tentativi eseguiti negli occhi di Vittoria Liberio, e Giuseppe Scarpa seguitai questo piano, e vedendo nel primo caso, che l' agogite si era lasciata sfuggire la cateratta, e che nel secondo un' ifemia grave sorgeva nell' atto dell' operazione ad ingombrare la camera anteriore e rendeva incerto il maneggio dell' istromento feci subito il taglio della cornea incominciando verso il canto interno e l' operazione venne terminata estraendo il sangue, e la cateratta per la cornea nel consueto modo la Fig. 4. Tav. X. è presa dall'occhio dello Scarpa, ed ambedue gl' infermi restarono guariti con mirabile felicità, anzi in quest' ultimo il sucesso dell' estrazione anteriore semplice praticata all'occhio sinistro riuscì meno felice che nell' occhio destro, sottoposto al metodo laterale misto.

Due sperimenti felici tentati col nuovo piano di operazione.

§. 14. Ora se vogliansi prendere ad esame i sucessi ottenuti nelle varie sperienze riguardo all' estrazione laterale risulta, che gl' individui sottoposti ai tentativi di questo genere sono stati 22 e gli occhi ne' quali venne sperimentato il nuovo metodo furono 25 de' quali 11 ottennero felice sucesso, locchè porta una perdita in ragione del 56 per cento, sucesso al certo infelice, ma se si vorrà paragonare colle incertezze fra le quali ognun di noi trovavasi al cominciare di questo secolo, e se si volesse comparare con quello che ottenevasi com-

Risultamenti ottenuti dal metodo laterale.

munemente e dagli oculisti di mestiere girovaghi, e da molti chirurghi, i quali per essere distratti da varie faccende non portavano la diligenza a quel grado che si richiede, si vedrà che non vi è punto ragione di riprovare i tentativi eseguiti per questo ramo di pratica, io mi ricordo aver registrato nove casi infelici sopra tredici operazioni eseguite da un valente maestro, ed undici infelici sopra dodici praticate da un oculista di professione girovago.

Perfezionamento a cui si potrà condurre il nuovo metodo.

§. 15. Non voglio però chiudere il presente discorso senza dichiarare, che se si giugnerà a stabilire con tutta precisione la misura, e la forma del taglio laterale fissando al coltello i punti di entrata, ed uscita, come trovasi già stabilito per la punzione della cornea, e se l' agogite potrà esser condotto a maggiore perfezione; oppure se potremo togliere ugualmente bene la cateratta mediante piccioli uncini, o mediante degli aghi si vedrà che l'esito riuscirà più felice, e forse un giorno il metodo laterale meriterà la preferenza.

Vantaggi che attualmente presenta il metodo anteriore.

§. 16. Io non sono alieno dal credere, che si potrebbero passare attraverso alla cateratta de' fili, o d' oro, o di seta, ed abbracciarla con questi senza veruno stento, e determinati colla massima precisione i confini del taglio si potrebbe condur fuori tutta intera con facilità; ma per ora le nostre pratiche, ed i molti risultamenti ottenuti per le ricerche di un secolo intero eseguite da sublimi ingegni, e da persone dotte hanno portato a cotal punto la pratica dell'estrazione anteriore, che non passiamo negare di sentirci più rassicurati. La forma del taglio per questo metodo è determinata con giusto calcolo, e sarà sempre soddisfacente per l'oculista quella facilità con cui la camera anteriore sgombrasi da qualunque materiale, e quella tendenza ad uscir fuori ch' egli riconoscerà nel corpo della lente sotto la contrazione e sotto le pressioni dell' occhio.

Speranze da lasciare ai posteri.

§. 17. Io lascio a' buoni ingegni calcolare se dobbiamo esser contenti de' sucessi, che si ottengono co' metodi generalmente addottati, o se si possa ancora dar corso a novelle indagini per promuovere l' arte, e meglio soccorrere l' umanità.

PROSPETTO N.° XIII.

Intorno al metodo laterale di Estrazione.

ANNO	MESE	NOME E COGNOME	CITTA'	METODO AD UN' OCCHIO.	METODO AL L' ALTRO.	ESITO
1810	Agosto	Antonio N. N.	Bassano	Distrutto	Estrazione laterale tentata.	Dialisi accidentale, felice 1.
id.	Settembre	Domenico Manfro	Vicenza	Estrazione laterale al destr.	Estraz. anteriore.	Felici 2. più al destro.
id.	Decembre	Antonio Cavallaro	Padova	Estrazione anteriore al dest.	Estraz. laterale al sinistro.	Sinizesi al sinistro, felice il destro.
id.	*id.*	Gio. N. N.	*id.*	Estrazione laterale.	*id.*	Infelice a due per atresia.
1811	Maggio	Susanna Fabbri	Bologna	*id.*	*id.*	Felice 1. iritide all'altro, e sinizesi.
id.	*id.*	Girolamo Rossi	*id.*	*id.*	*id.*	Felici ambedue.
id.	Giugno	Giovanna Golo	Padova	Cateratta incipiente.	*id.* al sinistro.	Resta ingombrato il sinistro.
id.	*id.*	Giacomo Moro	*id.*	Estrazione laterale.	Cateratta incipiente.	Iritide ed atrofia al destro.
id.	*id.*	Parroco N. N.	*id.*	Cateratta incipiente.	Estrazione laterale al destro.	*id.* al destro.
id.	*id.*	Maria Menegazza	*id.*	*id.*	*id.*	*id.*
id.	*id.*	Marianna Ambrogi	*id.*	Estrazione laterale.	*id.*	Atrofia al destro, sinizesi al sinistro.
id.	*id.*	Margher. Giovannini	Verona	Estraz. later. tentata ed abbassam.	Cateratta incipiente.	Cateratta secondaria al sinistro.
id.	*id.*	Margher. Bertolini	*id.*	Estraz. laterale al destro.	Estraz. anteriore al sinistro.	Al destro iritide, e siniz. Il sinist. felice.
1813	Aprile	Margh. Bonei Sarti	Bologna	Estraz. anterior. al sinistro.	Estraz. laterale.	Felice ad ambedue.
id.	Giugno	Maria Rambelli	Forlì	Estraz. laterale	*id.*	*id.*
id.	Luglio.	Francesco Baldelli	*id.*	Estraz. anteriore al destro.	*id.* al sinistro.	Felici ambed. ma il dest fosco da cater. second.
id.	Agosto	Caterina Gabellini	Rimino	*id.* al destro.	*id.* al sinistro.	Atresia al sinis. Cater. secondar. al destro.
id.	Settembre.	Giovanna Agostini	Pesaro	*id.* al destro.	*id.*	Felice più il sinistro, fosco il destro.
1814	Maggio	Marco Gardenchi	Bologna	Estraz. laterale al sinistro.	Estraz. anteriore al destro.	Ingombrato il sinist. il destro vede poco.
1815	Agosto	Fiorentino Mazza	Napoli	*id.*	*id.*	Atresia al sinistro felice il destro.
1826	Giugno	Vittoria Liberio	*id.*	Taglio later. ed estr. anteriore.	Estraz. anteriore	Felice il destro ed il sinistro.
id.	*id.*	Giuseppe Scarpa	*id.*	Taglio laterale a destro ed anteriore.	Estraz. anter. al sinistro.	Felice il sinistro, ma residui di casula. Felice più il destro.

Perdita alla ragione di 56 per 100. —— Occhi 25. assoggettati all'operazione - Felici n. 11.

CAPO XXXIII.

Intorno all' abbassamento laterale della cateratta.

Fondamento addottato nel classificare i metodi.

§. 1. Ogni lettore istruito da quanto finora ho esposto avrà concepito, che i metodi di estrazione esser non possono sennon due, anteriore, e laterale stantecchè i maestri dell' arte chirurgica hanno addottato l'uso di prendere per fondamento nella classificazione de' metodi, o le parti sulle quali si taglia, o il modo con cui vien trattata la parte viziata dal morbo; ma non mai la qualità degli stromenti nè altre picciole modificazioni, le quali potrebbero variare quasi direi all' infinito, e perciò neppure il metodo anterior superiore di estrazione può essere riguardato come distinto dagli altri giacchè vien tagliata la cornea così in questo caso; come nell' ordinaria pratica dell' estrazione anteriore.

Risultano tre metodi laterali e tre anteriori di abbassamento.

§. 2. Senza deviare da questi principj ho per altro distinto in sei metodi la pratica dell' abbassamento della cateratta comprendendo col vocabolo abbassamento qualunque operazione venga diretta a sgombrare la pupilla dalla cateratta senza tirar fuori l'organo cristallino offuscato, e siccome l' abbassamento può farsi, o mediante la depressione, o mediante la reclinazione, o la lacerazione della cateratta, così lo distinguo in due classi di metodi, e chiamo anteriore l' abbassamento che si eseguisce perforando la cornea, e laterale quello che vien praticato perforando la sclerotica e comincierò ora a trattare dell' abbassamento laterale per depressione.

PROBLEMA IV.

Dato un caso di cateratta vera semplice ottenere l'abbassamento praticando la depressione laterale.

Reg. I. Si farà penetrare un ago, o curvo o rettilineo attraverso alla sclerotica dalla parte dell' angolo esterno alla distanza di una linea e mezza dal margine della cornea, e si attraverserà con esso la coroidea, il vitreo ed anche il margine superiore della cateratta unitamente alla casula anteriore.

Reg. II. Penetrata la punta fino entro l'umore acqueo della camera posteriore si urterà in basso la cateratta in guisa, vedi Fig.2.Tav.XII., che la superficie anteriore della lente b. divenga inferiore e la posteriore a. divenga superiore A., e si manterrà depressa nell' umor vitreo finchè vi rimanga stabilmente.

Reg. III. Rimosso l'ago dalla cateratta questo si rialzerà e si porterà a livello del centro della pupilla osservandolo bene, e se qualche cosa rimanesse o si elevasse ad ingombrarla si toglierà nuovamente col mezzo dell'ago medesimo, se nò si potrà ritirarlo e si avrà cura dell' infermo al solito.

CAPO XXXIV.

In cui viene spiegata la regola I. che riguarda la punzione da eseguirsi coll' ago.

§. 1. I nostri antichi impiegavano un' ago retto conico simile a quelli da cucire piantato sopra un manubrio stabilmente; ma i moderni l' hanno fatto eseguire alquanto piatto, e larghetto, e ricurvo in vicinanza della punta, e vi hanno fatto varie mutazioni secondo le vedute a cui miravano; ma tutti insegnarono doversi attraversare sclerotica, coroidea, vitreo, lente, e casula in vicinanza al suo margine superiore pungendo anche i legamenti cigliari. Aghi adoperati, e parti che vengono traforate.

§. 2. La maggior parte de' professori hanno fatto la punzione verso l'angolo esterno dividendo a metà quello spazio che rimane fra la cornea, e la riunione delle palpebre quando l' occhio riguarda l' operatore, e propongono ferir la sclerotica su di una linea, che circonda il globo dell' occhio tirata dal centro della pupilla e passata pel vertice dell' angolo formato dalla riunione delle palpebre al lato esterno; ma taluni moderni insegnarono doversi piantar l' ago, o sopra, o sotto di questa linea onde evitare un grosso nervetto, ed un'arteriuccia spesso ivi collocati; dovunque però si voglia pungere non vi è sicurezza di evitarli, e sono così tenui, che facilmente sfuggono, oppure se verranno colpiti saranno tosto troncati dall' ago medesimo. Luogo destinato per la ferita della sclerotica.

Il Dottor Hey ha piantato l'ago molto indietro.

§. 3. Taluni hanno temuto di ferire troppo indietro, e danneggiare la retina, ma il dottor Bowen, e prima di questo il dottor Hey hanno chiaramente dimostrato, che si può ferir la sclerotica a tre, ed anche quattro linee di distanza dalla cornea senza cagionare nè grave infiammazione, nè amaurosi; difatti la retina non arriva, sennon a tre linee di distanza dal margine dentato della coroidea, quindi fra la periferia della cornea ed il lembo dentato a cui arriva la retina trovasi l' orbicolo cigliare e la zona cigliare.

Perchè non debbasi ferire troppo vicino alla cornea.

§. 4. Non devesi piantare l'ago troppo vicino alla cornea, poichè in tal caso troppo facilmente si staccherebbe l'iride dalla coroidea, nè si avrebbe una leva favorevole al maneggio da praticarsi sulla cateratta; e quantunque l'istromento venisse piantato molto indietro non ferirà la retina stante la posizione della zona cigliare, e stantechè attraversa la sclerotica obbliquamente alla sua densità.

Come si debba condurre l'ago curvo.

§. 5. Chiunque sia mediocremente abituato al maneggio degli stromenti conoscerà, che trattandosi d' introdurre un ago curvo non devesi procedere, come suol praticarsi quando si adopera un' ago retto, e perciò devesi portare la convessità sua con direzione paralella alla convessità del globo dell' occhio, e spinta appena la punta entro la sclerotica si dovrà per gradi rivolgere l' asta dell' ago verso l' interno dell' occhio in guisa, che possa penetrare nel corpo vitreo senza stento facendo camminare l'istromento secondo l' arco che vien descritto dalla sua estremità, e così potrà facilmente attraversare le membrane dell' occhio senza torcersi, e senza far soffrire dello stento all' infermo. (Vedi Tav. XII, Fig. 1.

CAPO XXXV.

In cui viene dilucidata la regola II. che costituisce propriamente la depressione.

§. 1. Subitochè l'ago introdotto per la sclerotica sia giunto alla parte superiore della cateratta, e ne abbia attraversato il margine, e la casula; non sarà difficile far discendere la punta dell'istromento alzandone il manico, ed obbligare così la cateratta a discendere. Prima però si dovrà rivolgere l'ago in tal modo, che la convessità sua, e non già la punta si trovi a contatto della cateratta senza essere impegnata nella sostanza di essa, e perchè possa urtare sopra una superficie più estesa, altrimenti sarà facile spezzare la cateratta, e non già farla discendere. Anzi ad onta di queste diligenze non sempre essa obbedisce all' urto dell'ago, ma sovvente si spezza.

Come si debba portar l'ago sulla cateratta.

§. 2. Se la cateratta è molle vediamo l'ago attraversarla come ho detto senza condurla in basso, e senza liberar prontamente la pupilla, e molte volte ho notato, che la casula si squarciava, e non distaccavasi da' legamenti cigliari, altre volte è tenace, ed elastica in guisa, che staccasi dall' alto de' legamenti cigliari, e si abbassa, ma poi abbandonata riprende il suo posto, e si ricompone offuscando la pupilla.

Come operi l'ago sulla casula.

§. 3. Non rare fiate ho notato nelle storie delle mie osservazioni, che la casula squarciavasi, la lente si reclinava quasi spontaneamente in vece di scendere in basso, come era mia intenzione, ma la pupilla rimaneva libera, e talvolta a poco a poco la detta membranella riprendeva il suo posto, e riunivasi, ed anche la lente stessa si rialzava e concorreva ad occupar la pupilla.

Come si ricomponesse la casula.

§. 4. Nell' occhio della marchesa Gajoni caso d' operazione riportato nel prospetto n.° XIV. la casula era così tenace, che per quanto la facessi discendere tostocchè l' ago ritirava, essa ritornava ad occupar la pupilla, e volendo pungerla e metterla in pezzi la spinsi nella camera anteriore fino a contatto della cornea senza mai poterla nè traforare, nè dividere.

Casula elastica osservata in un caso di abbassamento.

Difficoltà di togliere i fiocchetti che circondano la pupilla.

§. 5. Dicasi lo stesso de' pezzetti, ossia de' fiocchi casulari, i quali rimangono attorno alla pupilla, questi sono così ondeggianti e cedevoli, che di rado possono venir traforati, o staccati mediante l'ago, e per lo più urtandoli non si ottiene, che di nasconderli dietro l' iride e sovvente si fa contusione alla detta membrana.

Effetto non permanente dell' estratto di josciamo.

§. 6. Molti oculisti hanno suggerito applicare l' estratto di josciamo per dilatar la pupilla, e meglio dominare la cateratta, io non dirò, che sia inutile questa pratica; ma bensì posso dichiarare, che qualunque volta saremo obbligati di maneggiare a lungo l' ago si vedrà restringersi la pupilla perchè l' iride viene percossa dalla cateratta oppure soffre delle contusioni ne' varj movimenti dell' ago.

Cosa s' intendesse fare per situare la lente.

§. 7. Il Taylor ha insegnato che per evitare la resistenza dell' umor vitreo, il quale impedisce l' abbassamento si dovesse preparare un posto nel corpo di detto umore alla lente lacerandolo prima di abbassarla, ma ho tentato anche questo espediente senza veruna utilità.

CAPO XXXVI.

Se qualche cosa, o si rialzasse, o rimanesse della ceteratta ad ingombrar la pupilla si toglierà col medesimo ago.

Come si debbano separare i pezzetti di casula.

§. 1. Questo precetto è stato saggiamente dilucidato dal nostro maestro Scarpa, il quale fece conoscere, quanto facilmente i pezzetti della casula rimasti nel lume della pupilla possano distruggersi per via dell' assorbimento purchè vengano separati dalle vicine parti col mezzo dell' ago, e gettati nella camera anteriore, ed egli per tale oggetto raccomanda l' uso dell' ago curvo nella reclinazione perchè opportunissimo a separare i fiocchi casulari, e gettarli nella camera anteriore.

Talvolta devesi combattere a lungo coll' ago e l'iride viene irritata.

§. 2. È però da calcolarsi che talvolta bisogna a questo effetto combattere molto a lungo coll'ago siccome ho detto trovandosi sfuggevoli i detti residui, e nascondendosi questi dietro l' iride, e che in tali movimenti la detta membrana soffre degli urti, dicasi lo stesso,

quando la cateratta si rialza se bisognasse lottare a lungo. In fatti ho detto al §.6. pag. antecedente che sebbene la pupilla fosse dilatata mediante l'applicazione dell' estratto di josciamo, il solo ondeggiamento dell' acqueo basterebbe ad irritar l'iride, e determinare nel momento l' occlusione di essa vedi pag.138. storia IV. §. 7.

§. 3. Vi sono degli occhi, i quali reggono senza infiammarsi a lunghi maneggi dell' ago, ma ve ne sono, che non sopportano urto se non per brevissimi istanti, e vanno soggetti a grave iritide, talchè in diciannove casi di abbassamento ho osservato con grande rammarico questa fatale infiammazione ben sei volte, nè sappiamo con sicurezza conoscere e determinare sino a qual punto fia lecito lottare coll' ago per abbandonare l' operazione, ancorchè incompleta, subitochè vi fosse pericolo della grave l' iritide.

Certi occhi reggono più, e certi meno al maneggio dell'ago.

§. 4. In qualche esperimento ho notato, che la cateratta rialzavasi perchè l'ago si era impegnato colla punta, o nella casula, o anche nella lente; ed allora ebbi l' accorgimento di farlo ruotare fra le dita innanzi di ritirarlo senza smuovere le dette parti, e così è uscito fuori libero; ma ad evitare questo inceppamento dell' ago i buoni maestri hanno dichiarato, che sarà utile dirigere la convessità oppure la porzione piatta di esso ad urtare contro la cateratta nell'atto di deprimerla perchè allora si agisce sopra un campo più largo, e la punta non resta impegnata trovandosi rivoltata in alto, ciò non di meno vi sono de' casi ne' quali la casula investe l' ago e la punta vi rimane impegnata; e si vede qualche parte della cateratta, che si rialza ad ingombrar la pupilla tiratavi dall' ago, ne' quali casi gioverà farlo ruotare nel modo indicato.

Come si possa liberare la punta dell' ago, e come evitare che resti avviluppata.

CAPO XXXVII.

Intorno alla reclinazione laterale della cateratta.

§. 1. Il mio lettore avrà concepito come non di rado ancorchè si abbia intenzione di eseguire la depressione si pratichi invece la reclinazione del corpo cristallino, siccome nel capo XXXV. ho spiegato: vedi §. 3. pag. 171.

La reclinazione ha luogo invece della depressione.

Autori che hanno insegnato doversi fare la reclinazione.

§. 2. Molte osservazioni di questo avvenimento hanno portato i maestri dell' arte a prescrivere, che si facesse la reclinazione, e nel secolo passato si distinsero nel praticarla singolarmente il dottor Wilburg, ed il celebre Scarpa. Ultimamente poi questa operazione ha ricevuto utili schiarimenti per opera del professore Panizza (*vedi annotazioni anatomiche chirurgiche* Pavia 1821).

PROBLEMA V.

Dato un caso di cateratta vera semplice praticare l'abbassamento per reclinazione laterale.

Preparativi.

L' operazione si comincierà dopo aver disposto l' occorrente, e dopo avere applicato l'estratto di josciamo per dilatar la pupilla.

Reg. I. Mediante l' ago curvo del professore Scarpa si traforerà sclerotica, e coroidea come nel problema antecedente, e si porterà la punta sopra il contorno della cateratta in alto finchè veggasi nell' umor acqueo della camera posteriore.

Reg. II. Si spingerà l' estremità dell' ago suddetto in guisa che la punta resti voltata verso l' iride, e percorra su tutto il diametro della casula anteriore tenendo in alto la convessità dell' ago e si spingerà verso i legamenti cigliari, che sono all' angolo interno.

Reg. III. Portato l' ago nel modo sopra descritto si volgerà la sua convessità contro la cateratta in maniera che urti sul terzo superiore di essa, e la obblighi a reclinarsi con tutta la casula (Vedi Tav. XII. Fig. 3.).

Reg. IV. Reclinata così la cateratta bisognerà tenervi l' ago sopra per qualche momento, indi se ne rialzerà la punta onde conoscere se rimanga depressa, ed in caso che si fosse lacerata, o che rimanessero fiocchi casulari ad ingombrar la pupilla, si dovranno spezzare, e distaccare i residui spingendoli nella camera anteriore ad uno ad uno come è stato spiegato più sopra al capo XXXVI.

CAPO XXXVIII.

In cui vengono dilucidati varii punti importanti alla precisa esecuzione di queste regole.

§. 1. Nel dilucidare l' antecedente problema ho spiegato abbastanza ciò che riguarda queste regole, e mi limiterò unicamente a parlare dell' uso de' varj aghi, che da molti autori sono stati raccomandati per eseguire la reclinazione.

Si è già spiegato quanto basta.

§. 2. Giovanni Adamo Schmidt si è servito per molti anni di un' ago curvo alquanto largo, il quale aveva la forma dell' ago lanciato, ma ricurvo vedi Tav. XII. Fig. 5. Il celebre Scarpa ha voluto anch' egli impiegare l' ago curvo, ma non volle che la punta fosse larga, nè che il manubrio scorresse con facilità entro la ferita, poichè anzi egli ha insegnato, che questo manubrio si facesse conico e crescente coll' idea di far argine agli umori, e mantenere l' occhio ben rigonfiato nel tempo dell' operazione, locchè dà molta facilità a distaccar la casula ed a tutto il maneggio necessario per liberar la pupilla. Vedi Tav. XIII. Fig. 5.

Autori che propongono gli aghi curvi.

§. 3. In questi ultimi tempi invece il professore Langenbeck ha impiegato per la ceratonisi un ago curvo più larghetto di quello di Scarpa, onde penetrasse nell' occhio tagliando le parti senza far contusione, e dotato di un collo sottile per evitare, che nel maneggiarlo non si portasse contusione ai margini della ferita, io me ne sono anche servito per la reclinazione laterale senza perdita sensibile degli umori; Vedi Tav. citata Fig. 6.

Forma dell' ago curvo di Langenbeck.

§. 4. Il celebre Doubois, e con esso lui molti altri hanno impiegato l' ago retto lanciato, che è il nostro cistotomo Tav. XIII. Fig. 6. questo trafora le parti con minore stento, e si apre una via più libera; ma non è tanto accomodato per l' ultima parte dell' operazione, allorchè vi sieno fiocchi di una casula tenace, che si debbano portare nella camera anteriore. Per la qual cosa non di rado ho cominciato l' operazione coll' ago lanciato, e quando ho trovato resistente la casula ritirai quello, e ne introdussi un altro curvo per la medesima ferita.

Ago lanciato usato dal Professore Doubois.

Come si possa isolare la cateratta in certi casi.

§. 5. Qualche volta riesce ottenere una felice reclinazione della cateratta agitando l' ago lanciato in mezzo al vitreo dietro alla lente, e poi passando con esso sul margine di essa, e lacerando la casula con attraversarla in varj luoghi. Più fiate nel tempo di questi movimenti da per se la lente cade arrovesciandosi, ed ha luogo la reclinazione, che porta la convessità anteriore della lente a rimaner di sopra, e la posteriore in basso; Tav. XIII. Fig. 5. ma tutto questo meccanismo riesce bene allorchè la lente è solida e la casula è molle, poichè quando tutte due sono molli lasciano passare, e ripassare l' ago e rimangono al loro sito, e quando la casula è membranosa, o tenace ordinariamente si divide in due o tre parti, e si nasconde dietro l' iride lasciando libera la pupilla ma facilmente ritorna al suo posto; che se poi fosse molto tenace, allora diventa elastica e non si distacca se non in qualche parte, sempre ritornando al suo posto.

Vantaggi che offrono gli aghi più larghi.

§. 6. In molti casi ho notato, che un ago il quale aprasi bene la via può agire più liberamente, e senza irritare i margini della ferita, locchè serve ad evitare le contrazioni del globo dell' occhio; talchè invece di far uscire maggior quantità di umori nell' atto dell' operazione, ne esce una minor copia quando l' ago abbia il collo sottile.

L'ago di Scarpa talvolta determina contrazione e perdita d'umori.

§. 7. Ho anche osservato più d'una volta, che impiegando l'ago di Scarpa, l'occhio mettevasi in una contrazione violenta, e lungo lo stesso manubrio mi faceva uscir fuori molte goccie dell' umor vitreo, per la qual cosa ho notato, che più fiate nella pratica o dell' abbassamento laterale, o della ceratonisi, ho posto in uso l' ago curvo di Schmidt, e quello di Langenbeck colla maggiore soddisfazione, e talvolta l'ago retto di Doubois vedi Tav.XIII.Fig.6., ma quelli due mi sono sembrati i più opportuni perchè ho sempre notato più forti irritazioni dopo le punture, e le contusioni, che dopo i taglietti eseguiti cogli aghi larghi.

CAPO XXXIX.

Intorno alla maniera di eseguire l'abbassamento per lacerazione ossia regole della lacerazione laterale.

§. 1. Tutti i buoni pratici hanno conosciuto, che la casula, quando non sia molle, nè inaridita forma il massimo ostacolo al buon successo dell' abbassamento, e che il corpo della lente per poco sarà stato urtato nel maneggio degli stromenti cadrà facilmente in basso da per se solo, e verrà disciolto ed assorbito sovvente col rinnovarsi dell' umor acqueo, talchè raro sarà il caso in cui la lente concorra a formare la cateratta secondaria.

Come si abbassi la lente nell' atto di lacerar la casula.

§. 2. Appoggiandosi a questi principii molti hanno insegnato doversi praticare la semplice lacerazione della cateratta ed attendere, che in seguito l'assorbimento porti da se la distruzione delle parti opache e renda libera la pupilla.

I moderni hanno perciò raccomandata la lacerazione.

§. 3. Il dottor Hey, e dietro gl' insegnamenti suoi il dottor Bowen hanno raccomandato questo metodo, il quale siccome è noto venne praticato con sufficiente fortuna dal dottor Adams in Inghilterra, in Italia dal Vaccà, e da altri molti in Germania, e fu anche seguitato singolarmente dal Buchhorn, colla differenza per altro ch' egli spingeva l'ago per entro alla cornea essendo stato inventore della ceratonisi.

Metodo eseguito da molti in Italia, ed in Germania.

§. 4. Fra i seguaci di questo metodo molti hanno creduto sommamente vantaggioso doversi agitare l' ago, ed attraversare con più direzioni la casula e gli umori in cotal guisa da mescolare insieme il vitreo, e l'acqueo onde obbligare il corpo vitreo a portarsi attraverso alla casula, e mantenerla squarciata, ragione per cui nominarono questa lacerazione, *depressione vitreo acquosa*, e dichiararono, che questa mescolanza degli umori rende quasi impossibile la formazione della cateratta secondaria; eccone le regole.

Mescolanza degli umori creduta utile.

PROBLEMA VI.

Dato un caso di cateratta vera semplice praticare l'abbassamento laterale mediante la lacerazione.

Reg. I. Disposte le cose occorrenti, ed ottenuta la dilatazione della pupilla mediante l'estratto di josciamo, si spingerà nel consueto modo un'ago curvo attraverso alla sclerotica ed alla coroidea piantato avendolo verso l'angolo esterno alla distanza di 3. linee dalla cornea vedi Tav. XII. Fig. 4. (il dottor Bowen servivasi dell'ago curvo del dottor Hey che è meno curvo; più corto, e piatto di quello di Scarpa vedi Tav. XIII. Fig. 7.); e si spingerà nel vitreo, indi si urterà contro la periferia superiore della casula finchè la punta di esso giunga nella camera anteriore, o almeno veggasi dietro all'iride nell'umor acqueo della camera posteriore.

Reg. II. Ciò fatto si abbasserà la punta lanciata dell'ago per abbracciare buona porzione di casula, e si ritirerà prestamente indietro in guisa, che la detta membrana venga colpita, e lacerata, da mano a mano ripetendo i movimenti dall'innanzi all'indietro, e portando varj colpi dove si vede la casula, si cercherà metterla in pezzi, e nel tempo stesso dovendosi correre indietro ed innanzi per battere su tutta la superficie della casula si spingerà il vitreo innanzi e l'acqueo si ritirerà indietro in guisa di ottenere una mescolanza de' due umori ruotando l'ago in varj sensi, e facendo se fia possibile, che la casula resti distaccata da tutti i legamenti cigliari, dopo di che quella si vedrà cadere a brani, e con essa resterà depresso il corpo della lente quando fosse solida senza che l'oculista se ne occupi.

Reg. III. Se rimanessero pezzi di casula, che paressero attaccati alla periferia de' legamenti cigliari, bisognerà cercar di colpirli colla punta dell'ago per dividerli, e renderli possibilmente isolati, nè sarà necessario che la pupilla rimanga libera, purchè la cateratta sia ridotta in pezzi ed isolata, si potrà allora tenere per molto probabile che l'assorbimento, ed il rinnovamento degli umori porti la diafaneità della pupilla.

CAPO XL.

In cui si dà la spiegazione di varj punti di questa pratica.

§. 1. Chi ha letto la descrizione di questa operazione intende ch' essa differisce dalla reclinazione in ciò, che l' oculista si occupa principalmente della lacerazione della casula essendo quella che forma il principale ostacolo in tutti i casi di abbassamento, e non possiamo, se non lodare quell' avvertenza di spingere innanzi col medesimo ago qualche parte del vitreo ad occupare, se fia possibile, lo squarcio fatto nella casula. Differenza di questo metodo dagli altri.

§. 2. Per riuscire più facilmente a spingere indietro la casula ed innanzi il corpo del vitreo giova, che l' ago sia larghetto, e molto incurvato nella sua estremità, come quello descritto dal dottor Hey (1); e sarà utile a dare una leva più favorevole all' ago, ed a potere far sì che domini la cateratta, trapassare la sclerotica molto indietro, come insegna il sullodato inglese niente affatto curandosi della retina, poichè ho già detto che si è potuto forare la sclerotica a tre, ed anche 4 linee di distanza dalla cornea senza, che perciò sorgessero fenomeni d' iritide, o indicanti alterazione alla retina. Giova usar l'ago largo e trapassare la sclerotica indietro.

§. 3. Se la lente è molle non di rado essa si spezza assieme colla casula, e se è dura, come viene distaccata ne' varii movimenti dell' ago rimane così isolata, che vedesi nuotare nel vitreo ed a poco a poco da per se cade in basso, e fuori del livello della pupilla senza che l' oculista se ne sia occupato, ma se non discendesse, allora si farà la reclinazione. Come operi l'ago sulle varie cateratte.

§. 4. Qualche volta però essa è tenace, e tanto in caso di cateratta membranosa, come in caso di cateratta arido-siliquata ho conosciuto, che ne' primi movimenti dell' ago la casula veniva divisa in due parti e nascondevasi dietro l' iride in cotal guisa che poi ricomponendosi poteva formare la cateratta secondaria. Come si agisca nella casula membranosa.

(1) Vedi; Dizionario di Chirurgia del Cowper.

*

Quando occorre lottare coll'ago vi è pericolo.

§. 5. L' abbassamento laterale per lacerazione arreca talvolta felici risultamenti come abbiamo notato ne' casi di Criscuolo, Acampora, e Luciana pag. 181., ma quando si debba a lungo lottare coi residui di casula per liberar la pupilla non sappiamo fino a qual punto ciò possa farsi senza eccitare una dannosa iritide, ed ogni qual volta la casula nascondesi dietro l' iride non siamo certi, che possa ivi restare; ma avremo anzi ragione di temere, che si distenda e si ricomponga, e formi una cateratta secondaria come ne' casi di Petrillo, e Ranzini ivi notati. Pur troppo invaghito di questo metodo pel sucesso osservato in due casi d' operazione tentata da miei colleghi mi determinai a praticarlo in ambedue gli occhi di Teresa Furlotti citata nel prospetto che segue, e con mio grave rincrescimento ho incontrato delle casule assai tenaci, e resistenti ossia elastiche in guisa che ho dovuto a lungo maneggiare l' ago, onde staccarle dalle parti aderenti, ed il mio desiderio di restituire questa infelice alla sua miserabile famiglia rimase deluso, perchè surse violenta iritide, ed ambedue gli occhi passarono a stato di atrofia quantunque avessi tentato i mezzi curativi dell' iritide con tutta diligenza, e prontamente, che anzi io avea ricoverata la povera donna nella mia propria casa, onde essere più che mai sicuro della consecutiva cura.

Inconvenienti che si osservano spesso.

§. 6. Vediamo spesso nel tempo di questa operazione restringersi la pupilla, ed i frammenti della casula occuparla momentaneamente in guisa, che ben di rado con questo metodo si ha la soddisfazione di notare che l' uomo abbia ricuperata la vista sul punto, locchè rende gli astanti, e l' infermo poco soddisfatti del sucesso immediato.

Prospetto raccolto come siegue.

§. 7. Ho ridotto in un prospetto le storie de' casi di abbassamento laterale registrati, tanto nel mio giornale privato, come nel giornale di clinica, e da queste si raccoglie che avendo tentato in sedici persone, e sopra 19. occhi i varj metodi di abbassamento; soli 7 ottennero felice esito locchè equivale ad una perdita di 63 circa per 100.

PROSPETTO N.° XIV.

In cui si notano gl'individui ne' quali venne praticato l'abbassamento laterale.

ANNO	MESE	NOME E COGNOME	LUOGO dell' ESERCIZIO	QUALITA' DELL' ABBASSAMENTO	ESITO
1810	Luglio.	Antonio Cavalli	Bassano	Depressione laterale ad ambedue gli occhi.	Cateratta secondar. al destro. Felice il sinistro.
id.	*id.*	Margherita Perla	Castelfranco	Reclinazione laterale all' occhio sinistro.	Iritide ed atrofia al sinistro, l'altro era distrutto prima.
id.	*id.*	Gaetano Faliva	*id.*	Depressione laterale ad ambedue gli occhi.	Iritide, ed atrofia ad ambedue gli occhi.
1811	Agosto	Lucia Baroni	Verona	Depressione di cateratta secondaria al sinistro.	Fiocchi casulari al sinistro esito felice, e vede.
id.	*id.*	Marchesa Gajoni	*id.*	Lacerazione later. all'occhio sinist. per due volte. Il destro era sano.	Cateratta second. e dopo iritide ed atrofia al sinistro.
1816	Giugno	Gaetano Criscuolo	Napoli	Estrazione anter. al destro. Depressione later. al sinist.	Felici ambedue.
id.	Decembre	Michele Negri	*id.* nel deposito Generale.	Reclinazione later. al destro dopo ectomia l'altro era distrutto prima.	Cateratta second. al destro; che poi venne estratta.
1821	Gennaro	Raffaela Festinese	*id.* nella clinica.	Depress. later. al destro dopo ectomia per complicazione.	Pupilla sgombrata, e poi cater. second. e sinizesi al dest.
1822	Settembre	Teresa Furlotti	*id.*	Lacerazione laterale ad ambedue gli occhi.	Grave iritide seguita da atresia al destr. atrofia al sinist.
id.	Maggio	Giuseppe Anastasio	*id.* nella clinica.	Depress. Celsiana al destro estraz. anteriore al sinistro.	Cateratta secondar. al destro lieve iritide al sinist. parte senza curarsi.
id.	Novembre	Gaetano Acampora	*id.*	Lacerazione later. al destro estraz. anteriore al sinistro.	Lieve iritide al destro, ernia al sinistro. Felici ambedue più il destro.
id.	*id.*	Virgilio Petrillo	*id.*	*idem*	Cateratta secondar. al destro. Felice al sinistro.
1823	Aprile	Luigi Berardi	*id.*	Reclinazione later. al destro estraz. anter. al sinistro.	Iritide lieve al destro. Felici ambedue.
id.	Maggio	Sabbato Ranzini	*id.*	*idem*	Cateratta second. quasi totale al destro; sinistro felice.
id.	*id.*	Marianna Luciana	*id.*	Laceraz. laterale al destro Estrazione al sinistro.	Fiocchi casulari al destro ma esito felice. Felice il sinistro.
1824	Settembre.	Luigia Maraldi	Cesena	Lacerazione later. al destro il sinistro era sano.	Esito buono, ma semi-ambliopia nervosa.

Individui n. 16. -- Occhi sottoposti all' abbassamento 19. -- Inutili operazioni 12. -- n. 7. felici.
Cateratte secondarie 6. -- Atrofia 6, equivale alla perdita di 63 circa per 100.

CAPO XLI.

Della ceratonisi o abbassamento anteriore.

Autori di questo metodo.

§. 1. Dobbiamo al celebre fisiologo Reil le prime idee su questa operazione, ma il dottor Buchhorn fu il primo a tentarne gli sperimenti, e ad esporre metodicamente la pratica di questo metodo pubblicando nell' anno 1811: le teorie, e le osservazioni raccolte con somma diligenza, e ben tosto per la cura de' professori Langenbeek, Beer, Benedict, Jäger e tanti altri venne questa pratica sottoposta a varie modificazioni, e distinta in tre metodi.

Derivazione del vocabolo ceratonisi.

§. 2. Il vocabolo ceratonisi posto in uso dal sullodato Buchhorn esprime grecamente, che l' abbassamento si fa mediante punzione della cornea; derivato essendo dalle voci Κερας cornea e νζττω punzione.

Tre maniere di abbassare la cateratta, e prima invenzione.

§. 3. Ferita che sia la cornea col solito ago è facile intendere che l' organo cristallino potrà venire abbassato o per via di lacerazione, o per reclinazione, o per depressione; ma il primo di questi metodi essendo stato preferito agli altri dall' autore della Ceratonisi, io darò da quello principio al trattato attuale.

PROBLEMA VII.

Dato un caso di cateratta vera semplice praticare la lacerazione per ceratonisi, ossia l' incisione anteriore.

Reg. I. Disposto l'occorrente, ed ottenuta la dilatazione della pupilla nel consueto modo, si traforerà la cornea alquanto al disotto dal suo centro spingendo attraverso delle sue laminette un tenuissimo ago da cucire piantato fermo su di un manubrio, oppure un ago curvo simile a quello del professore Scarpa. Avvertasi, che per far penetrare l' ago curvo bisognerà introdurre la punta, e poi spingerlo come è spiegato più sopra alla pag. 170. §. 5. seguitando la curvatura dell' ago.

Reg. II. Quando sarà penetrato nella camera anteriore si dovrà spingerlo oltre il livello della pupilla, e si porterà attraverso alla casula in alto, indi si farà girare sul contorno di essa in guisa che la casula venga distaccata da' legamenti cigliari in tutta la sua periferia, e si attraverserà con esso tutta la sostanza della lente, e tutte le particelle di casula, che si vedessero ingombrar la pupilla finchè tutte queste parti restino isolate, e distaccate dalle parti viventi dell' occhio.

Reg. III. Tostocchè saremo sicuri, che non rimanga veruna porzione considerabile della cateratta, nè intera, nè vincolata coi legamenti cigliari si ritirerà a poco a poco l' ago e si chiuderà l' occhio avendo cura dell' infermo nel consueto modo.

CAPO XLII.

In cui vengono dilucidate le regole, e prendesi a considerare l' utilità, ed i pericoli di questo metodo.

§. 1. Vuolsi punger la cornea in vicinanza del suo centro, onde evitare l' offesa dell' iride, ma siccome la cicatrice potrebbe impedire il lume della pupilla si ferisce alquanto su di un lato. Perchè non pungasi nel centro della cornea.

§. 2. I professori Beer, e Benedict hanno eseguita più fiate la lacerazione anteriore mediante un ago lanciato assai largo, e dotato di un' asta larga quanto la sua estremità vedi Tav. XII. Fig. 7. ma avendolo io adoprato nel caso di Todeschini, e della Gajetta, ho veduto che lascia un' apertura così ampia, la quale lascia cader fuori in copia l' umor acqueo, e la parte fluida del vitreo, e questi umori portano la lente, ed i residui della casula ad occupare lo spazio della pupilla. Aghi larghi riusciti poco opportuni.

§. 3. Luminosi sperimenti mi hanno fatto conoscere questo pericolo; poichè qualunque volta anche nella pratica dell' estrazione anteriore ci contentiamo di veder libera la pupilla, e lasciamo la lente caduta in basso, sempre ha luogo la cateratta secondaria. La cateratta secondaria ha luogo dopo tentata l' estrazione anteriore se il cristallino è stato abbassato solamente.

§. 4. Questo fenomeno erasi notato da più d' uno de' miei colleghi senza, che potessero indovinarne la causa prossima, ma ba- Avvenimento osservato da altri.

sterà considerare che gli umori separati dal fondo dell' occhio sgorgano in copia dalla ferita nelle prime 24 ore, e s' intenderà come la cateratta galleggiando venga da essi portata verso il centro della ferita quasi direi per meccanica necessità.

Utilità di un ago sottile.

§. 5. Converrà dunque usare un ago tenuissimo nel fare l' abbassamento anteriore perchè se la ferita sarà picciola gli umori usciranno lentamente, e non potranno rialzare l' organo cristallino con impeto.

Causa dell' iritide.

§. 6. Ma un maggior pericolo sovrasta all' infermo in questi casi perchè se la lente è solida venendo spinta dall' urto degli umori a battere contro dell' iride suol determinare un' iritide alquanto grave, ed allora una linfa densa viene separata dall' uvea, e concorre a riunire i residui casulari, ed agglutinarli colla pupilla formando una cateratta secondaria con atresia; oppure l' infiammazione si propaga alla coroidea, e cagiona atrofia dell' occhio.

Come si distrugga l' organo cristallino dopo.

§. 7. Molti maestri dell' arte hanno creduto, che ogni qualvolta la lente sia stata separata dagli organi, che la nudriscono e che la casula sia stata ben divisa, e disciolta in briccioli non possa aver luogo la formazione della cateratta secondaria; e questa opinione viene sostenuta dall' esperienza qualunque volta la cateratta sia molle, perchè è facile allora separarla e scompaginarla tutta, e le sue parti separate dai legamenti cigliari non ricevendo più nutrizione si disciolgono nell' umor acqueo, e vengono portate via col rinnovarsi di detto umore, in guisa che non rare fiate esaminando anatomicamente l' occhio dopo alcuni mesi dall' epoca di un' abbassamento non si è trovato più verun residuo dell' organo cristallino il quale avea formata la cateratta prima dell' operazione.

Casi di cateratta dura, e casula tenace, ed elastica.

§. 8. Non accade però lo stesso quando il nucleo sia cartilaginoso, e duro, come nella cateratta senile, o quando la casula sia membranosa tenace, ed elastica siccome trovasi nelle cateratte arido-siliquate, nelle congenite, e nelle traumatiche, ed infiammatorie, perchè in questi casi la casula è tenace, e per lo più cede all' ago senza rompersi quasi per nulla nè si stacca da' legamenti cigliari per quanto occorre, e dopo brevissimo tempo occupa di bel nuovo il lume della pupilla, come si è veduto nei casi di Cavalli, Negri, e Festinese. Vedi prospetto XIV.

§. 9. Ecco perchè nel cominciare la lacerazione si dovrà far girare l'ago su tutta la periferia onde separar la casula dai vicini legamenti; in tal modo sembra certo, ch' essa rimaner debba da quelli divisa, e tutta la parte centrale restando isolata, e senza nutrizione potrà diventare atrofica, prosciugarsi, e discioglierſi, nel mentre che la lente per esser caduta in basso, e staccata da' suoi vasellini nutritivi passar deve allo stato di atrofia.

Utilità di far girar l' ago attorno alla casula, e staccare tutta la lente.

§. 10. Occorre però avvertire che onde separare la casula da' suoi legamenti non basta farvi un foro, oppure squarciarla nel mezzo, e separarla in qualche tratto dal corpo cigliare; ma bisogna propriamente isolarne tutta la parte centrale, cosa che non si potrebbe ottenere qualunque volta l' operazione si limitasse a traforarla nel centro, ed agitar poi l' asta cilindrica, o conica dell' ago entro quel foro, bisogna dunque badare di urtare sulla casula per quanto sia possibile colla parte dell' ago vicina alla punta perchè essendo questa tagliente possa dividerla, ma non di meno quella trovasi alcuna volta così tenace nel suo tessuto, e così ondeggiante, che un'attento oculista potrà avvedersi, come non venga separata, e facilmente si squarcerà, s' increspera, e si nasconderà dietro all'iride, in modo che ricomponendosi potrà dar principio alla cateratta secondaria.

Non basta forare la casula, ed agitar l' ago; ad onta di ciò può venire la cateratta secondaria.

§. 11. Dal fin quì detto si raccoglie che per riuscire siccome si desidera bisognerebbe, o che la cateratta fosse molle, quanto una ricotta, o che l' ago la dividesse e la spezzasse come potrebbe fare un rasojo, quando quella si mantenesse ben distesa in tutte le sue parti rimpetto al tagliente fino al termine dell'operazione, o che l'ago fosse come un ferro rovente, il quale toccando le parti le distruggesse.

Come si potrebbe riuscire a distrugger la casula.

§. 12. Forse riuscirebbe facile la distruzione della casula allorchè vi si portassero addosso due, o tre aghi a ferirla contemporaneamente in varj punti, e poi si chiudessero l'uno contro l'altro abbracciandola, come potrebbe farsi con una pinzetta; ma l'iride, e la cornea, che vi stanno dinanzi impediscono l' esecuzione di questo progetto.

Sarebbe utile portarvi addosso due o tre aghi e stringer la casula.

§. 13. Il più delle volte sebbene la pupilla sia dilatata essa si restringe, e si addossa all'ago quando appena, s' incomincia a farlo girare attorno alla casula, talchè non si può eseguire se non uno squarcio parziale senza recar grave danno all'iride, ed il progetto di separar la casula in tutta la sua periferia non ha esecuzione.

Impedimento causato dall' iride che si restringe.

CAPO XLIII.

Intorno alla ceratonisi per Reclinazione.

Reclinazione tentata da Langenbeck.

§. 1. Subitochè il dottor Buchhorn fece gli esperimenti pubblicati nella sua memoria intitolata *Die Keratonixis Magdeburg* 1811. il professore Langenbeck esperimentò la reclinazione anteriore combinando colla punzione della cornea le regole della reclinazione laterale, che era già stata posta in uso dai seguaci de' precetti di Celso.

Quattro differenze portate all' ago curvo.

§. 2. Egli si serviva di un' ago simile a quello del professore Scarpa con quattro notabili cangiamenti, cioè questo era meno incurvato, più larghetto e tagliente verso l' estremità, senza la costa rialzata nella parte concava, e dotato di un collo molto sottile in vicinanza alla curva per tre linee di lunghezza. Vedi Tav. XIII. Fig. 6.

Opportunità di quest' ago.

§. 3. Quest' ago essendo meno curvo, e larghetto penetra facilmente; ed il suo collo può giuocare con libertà nel far la reclinazione, e non è poi tanto largo, come gli aghi lanciati, che usavano i professori Beer, e Benedict; sicchè apre una ferita bastevolmente angusta. Ciò premesso ecco le regole da tenersi.

PROBLEMA VIII.

Dato un caso di cateratta vera praticare la ceratonisi per reclinazione.

Reg. I. Disposte le cose occorrenti ed ottenuta la dilatazione della pupilla si pianterà l' ago curvo di Langenbeck nella cornea alla distanza di una linea dal centro, e verso l' angolo esterno, e la concavità di detto ago si dirigerà come se si volesse portarla in basso a ferire la casula fintantocchè tutta la densità di detta membrana sia stata attraversata.

Reg. II. Appena l' ago sarà penetrato colla sua maggiore larghezza nella camera anteriore si sentirà diminuire la resistenza, e si vedrà la sua punta nuotare nell' acqueo; allora si continuerà a

spingerla innanzi rivolgendola verso l'alto, e si dirigerà la convessità dell'ago contro la parte superiore della casula.

Reg. III. Quando l'istromento sarà giunto su di essa si volgerà alcun poco verso uno degli angoli dell'occhio e s'infosserà sempre più; onde fare che quella si abbassi, e che la lente venga reclinata finchè rimanga libera la pupilla (Vedi Tav. XIII. Fig. 1.).

Reg. IV. Ottenuta la reclinazione dell'intera cateratta vi si terrà sopra l'ago per alcun tempo e poi si rialzerà dolcemente, e se si presentassero pezzi di casula questi si anderanno a prendere colla punta del medesimo ago, e si cercherà spezzarli e trasportarli nella camera anteriore o almeno separarli dalle vicine parti.

CAPO XLIV.

Riflessioni intorno all' uso di questo metodo.

§. 1. Quanto alle regole non aggiungo ulteriori spiegazioni parendomi dover bastare quel che ho detto ne' capi antecedenti. Dichiaro per altro, che la lacerazione spiegata di sopra, sembrami dover essere più conducente.

Le regole sono chiare, l'utilità parmi maggiore nella pratica della lacerazione.

§. 2. Infatti nell'atto di eseguire la reclinazione ho veduto quasi sempre reclinarsi il corpo del cristallino, ma la casula è rimasta squarciata nel mezzo senza discendere, e si nascondeva sui lati dietro all'iride in guisa che non si potea più ritrovare coll'ago, ed in questi casi dopo alcun tempo si ricomponeva ed occupava il lume della pupilla quando non avessi potuto eseguire anche la lacerazione oltre alla reclinazione.

La lente si reclinava, e la casula veniva lacerata e nascosta.

§. 3. Non di rado ho anche notato, che la cateratta nel discendere volgevasi a battere contro dell'iride, e determinava il restringimento della pupilla irritando quella membrana, e rendendoci al tempo stesso impossibile vedere i fiocchi casulari, e toglierli senza lesione dell'iride.

Pericolo di urtare contro dell'iride.

§. 4. In questi movimenti essendo fragile la cornea allargavasi la ferita, ed in seguito nello sgorgare che faceva l'acqueo la

Se la ferita era larga vedeasi rialzata la lente.

cateratta veniva ben presto a ricomporsi come se si fosse impiegato l' ago a manubrio largo vedi §. 2. pag. 183.

Pericolo maggiore nella reclinazione anteriore.

§. 5. Per causa di questo accidente si troverà più probabile che riesca l' abbassamento laterale, e dovendosi per tal ragione lottare coll' ago nelle vicinanze dell' iride vi sarà pericolo d' iritide, come ho notato accadere nel prospetto n. XVI. e come il professore Langenbeck ha pure osservato.

Sarà meglio lacerare e si vedrà abbassata lente, e casula.

§. 6. Sarà dunque miglior consiglio occuparsi della lacerazione che riuscirà principalmente ne' casi di cateratta molle, e si vedrà rompersi anche il nucleo della lente se fosse molle e rimaner libera la pupilla dopo un lungo maneggio. Ne' casi però in cui si trovasse il corpo della lente essere solido sarà ottima regola reclinarla quando da per se non fosse già discesa nel vitreo e così si eseguirà un metodo misto de' due, che sarà il più efficace.

Bisognerà fermar l' ago se gli umori s' intorbidano, ed aspettare.

§. 7. Qualunque volta nell' atto dell' operazione si vedessero parti fosche della cateratta nuotanti nell'aqueo ingombrar la pupilla basterà tener fermo l' ago per trenta, o quaranta secondi, e si vedranno cadere in basso le dette particelle.

CAPO XLV.

Precise notizie che riguardano gli esperimenti eseguiti con questo metodo.

Perchè si riferisca la storia di questo caso.

§. 1. Fra i cinquanta sperimenti di ceratonisi riportati nel prospetto XVI. che siegue, ve ne sono 34. di reclinazione, ma ne ho registrato uno nel corso di quest' anno 1818. di cui debbo dare la storia per attenermi al divisato sistema, ed essendo questa riuscita inutile, il lettore avrà qualche lume per ciò che riguarda l'incertezza inevitabile in questa pratica.

STORIA XIII.

In cui si da' conto della ceratonisi per reclinazione tentata nell' occhio destro di Gio: Adamo Aitel.

§. 1. Nel dì 28 marzo del citato anno disposto l' occorrente, ed ottenuta la dilatazione della pupilla nell'occhio del sudetto infermo che era in età d'anni 76. natio del Delfinato, praticai la reclinazione anteriore alla presenza de' nostri pratici, e di molti professori, i quali aveano mostrato desiderio di vedere qualche reclinazione. Reclinazione anteriore al destro.

§. 2. Confesso che fra tutti i metodi di abbassamento il meglio calcolato mi sembrava fino a quest' epoca la reclinazione anteriore di Langenbeck semplice, non avendo messa a calcolo la necessità di unirsi la lacerazione. Favorevole opinione pel metodo di Langenbeck.

§. 3. Ho preso dunque un' ago che mi era giunto allora da Gotinga ed attraversai con questo la cornea destra del vecchio Aitel dirigendo la punta entro la camera anteriore e tenendo la concavità sua rivolta in basso finchè metà della sua curvatura passò attraverso alla cornea, indi rivolsi la concavità del medesimo ago in alto, e la convessità verso la casula, e lo spinsi profondamente addentro, in guisa che urtò verso la parte superiore di essa, e si diresse verso l' angolo esterno attraversandola obbliquamente, e poi lo diressi in basso colla parte estrema cercando di reclinare lente, e casula. Mi avviddi, che la casula rimaneva squarciata, e la lente fu reclinata, ma nel tempo medesimo la pupilla si restrinse per l' agitazione degli umori, e per l'urto sofferto dall' iride e videsi perfettamente libera da cateratta, quasi in un batter d' occhio con soddisfazione di tutti noi. Come si ottenesse la reclinazione.

§. 4. Veduto, che appena toccata la cateratta crasi tutta abbassata io mi rivolsi agli spettatori dicendo. *Ecco un caso rarissimo, questa volta appena toccata la cateratta si è squarciata, e discese sotto al livello della pupilla; se tutte le cateratte fossero così facili a deprimersi io abbandonerei l' estrazione; ma non sempre, anzi rarissime fiate abbiamo la fortuna osservata oggi; e perciò andate cauti prima di stabilire una regola ge-* Mio pronostico felice.

nerale, i più provetti hanno in molti casi conosciuta la necessità di lottare a lungo innanzi di liberar la pupilla con danno dell' iride, e perciò sospenderanno il giudizio su questo metodo.

Nulla ebbe a soffrire.

§. Il nostro Aitel chiuse che furono le palpebre subito dopo aver egli dato pruove della ricuperata vista, ed essersi conosciuto da tutti noi che la pupilla rimaneva sgombrata fu messo a letto colle solite diligenze, e passò otto giorni in perfetta quiete senza verun segno d'iritide non accusando, che qualche passaggiero dolore.

Cateratta secondaria mostratasi pochi giorni dopo.

§. 6. A dì 13. aprile aperto l' occhio si osservarono de' cenci di casula nel contorno della pupilla, ed egli assicurava vedere i corpi come circondati da un velo; a dì 20. esaminato di bel nuovo si trovò più ingombrata la pupilla, e nel 27 aprile la vista era perduta, e tutta la pupilla occupata.

Non volle tentare l' operazione di questa cateratta secondaria.

§. 7. Avrei desiderato praticare dopo qualche altro giorno l'estrazione della cateratta secondaria, ma l' uomo era irresoluto e disgustato pel poco successo ottenuto; d' altronde egli adducevami per iscusa, che l' occhio sinistro non essendo interamente offuscato gli permetteva di guidare i suoi passi, e mi accertò che allorquando questo si fosse reso inutile, come lo era il destro, avrebbe voluto correr la sorte di un novello esperimento.

Come riesca impossibile tentare una seconda operazione.

§. 8. Questo paragrafo serve di risposta a molti maestri, i quali riguardano come un vantaggio dell' abbassamento la possibilità di ripeterlo quante volte ci piace, e parleranno in mia vece ben molti infelici, i quali rispondono non essere stupidi automi, e non voler più sottostare a novelli sperimenti, subitochè abbiano perduta la fiducia, che portavano all' operazione, oltre di che se vi è cateratta secondaria si può curare l' occhio anche dopo l' estrazione, ma se vi è atrofia tutto è finito ancorchè avesse preceduto l' abbassamento.

Buona riuscita dell'estrazione anteriore al sinistro.

§. 9. Finalmente il citato invalido trovandosi cieco per la cateratta secondaria destra, e per la formazione di una cateratta vera all'occhio sinistro, nel dì 30. novembre volle sottoporsi all'estrazione anteriore in quest' occhio, e verso il cominciare del 1819. ricuperò un mediocre grado di vista. Questa estrazione nemmeno potè dirsi fortunatissima essendovi ernia vasta dell' iride ed abbassa-

mento della pupilla in modo che la cicatrice ne offuscava grande porzione, egli però ricusava di sottomettersi ad un secondo sperimento per l'occhio destro, dicendomi esser contento di quel tanto che avea potuto riacquistare col sinistro.

PROBLEMA IX.

Dato un caso di cateratta vera semplice eseguire la depressione anteriore; ossia la depressione per ceratonisi.

Reg. I. Disposto l' occorrente, ed ottenuta la dilatazione della pupilla al solito; si porterà l'ago curvo, o meglio ancora un ago lanciato retto attraverso alla cornea dell' occhio viziato perforandola una linea al disotto del suo centro.

Reg. II. Dopo aver traforata la cornea si dirigerà la parte convessa, o il piatto dell' ago verso la parte superiore della cateratta, e si pianterà nella casula penetrando finchè la punta sia tutta immersa, ed appoggiata al margine superiore della lente.

Reg. III. Quando la parte più larga dell'ago urterà sul margine superiore della lente ed avrà attraversata la casula fino a penetrare nel vitreo, allora si spingerà detto istromento in basso onde portare con esso la cateratta, e se la lente non offrisse resistenza o non venisse spezzata essa discenderà in guisa, che la superficie anteriore diventerà inferiore, e la posteriore diventerà superiore. Vedi Tav. XIII. Fig. 3.

Reg. IV. Mantenuta depressa la cateratta per 30. secondi circa si ritirerà l' ago portandone prima la punta verso il centro della pupilla, e se rimanessero nel contorno de' fiocchi casulari questi si dovranno portar via nel modo indicato spiegando il problema VI, e VII.

CAPO XLVI.

In cui si considera l' efficacia del metodo descritto ora.

Perchè non si dieno ulteriori dilucidazioni.

§. 1. Non occorrono ulteriori dilucidazioni perchè quelle già esposte in riguardo agli antecedenti cinque problemi possono bastare anche per quest' ultimo.

Rari sperimenti di questo metodo.

§. 2. Ho sperimentato rare fiate questo metodo perchè ho veduto, che quasi sempre la casula viene squarciata dall' ago, e dopo bisogna praticare la lacerazione, e quando la lente sia molle essa pure si lacera, e non si abbassa, e se fosse dura, allora quasi sempre si arrovescierebbe da per se medesima, ed allorquando pur discendesse in basso direttamente si rialzerà, e tornerà ad occupare la pupilla non avendo un posto formato nel vitreo, e non avendo sopra di se una massa di detto umore, che possa tenerla abbassata.

Ragioni per cui ho preferito la lacerazione e la reclinazione, ed ho lasciato l' altro metodo anteriore.

§. 3. Per tutte queste ragioni qualunque volta dovessi tentare l' abbassamento abbandonerei la depressione or descritta, la quale si riduce quasi sempre alla pratica o della lacerazione o della reclinazione, e quando pur riesca non è molto durevole, e può facilmente dar principio alla cateratta secondaria.

I migliori pratici preferiscono la lacerazione.

§. 4. È cosa degna da osservarsi; che i migliori pratici de' nostri tempi, allorchè non ardiscano darsi alla estrazione anteriore, sono ristretti a commendare grandemente la lacerazione, o anteriore, o laterale, e di fatti siccome il maggiore ostacolo alla buona riuscita dell'abbassamento è la casula non abbiamo miglior mezzo per distruggerla, che quello di lacerarla. Un oculista adunque il quale, si occupi in principal modo della sua lacerazione potrà ottenere non di rado buoni risultamenti, ed usando molta attenzione potrà conoscere che se è molle anche la lente, questa si lacera assieme colla casula, se è dura ne' varj movimenti diretti a lacerare la casula questa si distacca da' suoi contorni, e và a cadere sotto il livello della pupilla, o reclinandosi, o deprimendosi da per se, ed allora il metodo riesce misto.

Gli anteriori sembrano i più favorevoli.

§. 5. I metodi anteriori mi sembrano potersi riguardare come innocui, poichè le picciole ferite della cornea sono di facile gua-

rigione, nè possono cagionare infiammazione grave, ma in pratica anche questi presentarono de' tristi risultamenti perchè la cateratta secondaria ha luogo egualmente, e riesce quasi inevitabile urtare o coll' ago, o colla cateratta contro dell' iride, e portarvi irritazione. I metodi laterali per lo contrario considerati in teoria offrono il vantaggio notabilissimo, che sebbene la ferita fosse alquanto larga lo sgorgo degli umori non farebbe rialzar la lente, nè ricomporrebbe la casula rimpetto alla pupilla; d'altronde io mi sono convinto, che il taglio largo diminuisce il pericolo della contusione operata dall'ago ne' margini della ferita, e che il maneggio di questo istromento riguardo alla casula riesce più efficace quando l'ago sia penetrato lateralmente a notabile distanza dalla cornea, ma in tutti i casi di abbassamento la maggiore incertezza dipende da non potersi prima indovinare quale grado di resistenza opporrà la cateratta, e dall' ignorare dopo sgombrata la pupilla come sia rimasta la casula, e come sia stata contusa l'iride.

Gli esperimenti sono sfavorevoli all' abbassamento laterale.

§. 6. Ad onta di questi vantaggi che si possono calcolare a priori favorevoli ai metodi laterali, se vogliasi paragonare il prospetto XIV e XVI, si troverà che i risultamenti sono stati meno infelici nel praticare la ceratonisi, sembra per altro, che un influenza di cateratte più difficili ad abbassarsi abbia avuto luogo nel prospetto XIV, ma ciò prova ognor più l'incertezza di ambedue queste classi di metodi.

Cosa si prefigga l'oculista nel praticare l'estrazione.

§. 7. L'oculista che pratica l'abbassamento non si prefigge altra cosa se non di veder la pupilla sgombrata, ma colui che pratica l'estrazione vuol portar via la lente, e la parte centrale della casula. Guai ai nostri infermi, se altro non avessimo in mira che di restituir loro la vista pel momento, e veder libera la pupilla nel praticare l'estrazione, devesi toglier via il centro della casula come ho spiegato nel capo XII pag. 87; ma io mi trovo ormai inoltrato nella discussione, che riguarda la scelta del metodo, il quale formerà l'argomento del capo XLVIII. Il mio lettore osserverà nel prospetto XVI il ristretto delle storie da me raccolte riguardanti la ceratonisi; e troverà che la perdita è stata in ragione di 38 e $\frac{1}{2}$ per 100 circa; sono esclusi da questo varj casi ne' quali l'abbassamento pareva esser mancato, e quindi mi determinai ad eseguire l'estrazione, di questi darò notizia nel capo susseguente.

CAPO XLVII.

Si dà conto di talune operazioni complicate riuscite con felicità.

Risoluzione presa per que' casi in cui l'ago trovasse molta resistenza.

§. 1. Fino dall' anno 1811. tentato avendo taluni sperimenti della ceratonisi colle più lusinghiere speranze, ebbi a notare che nell' atto dell' abbassamento il nucleo della lente, o anche la casula rioccupavano il campo della pupilla in guisa, ch'era d'uopo lottare lungamente con danno dell' iride, e che allorquando mi fossi ostinato l'occhio avrebbe passato pericolo d'infiammarsi, e se avessi ritirato l'ago vi sarebbe stata a temere la cateratta secondaria.

Ho trovato poco alterato l'organo cristallino per l'azione dell'ago.

§. 2. Riflettendo a questi pericoli, ed avendo osservato un caso nel quale un oculista avea tentato il metodo Celsiano, e trovata resistente la cateratta avea praticata subito dopo l'estrazione, senza, che ne venisse infiammazione grave, sull'appoggio di questo sperimento nell' anno 1813. deliberai di tentare qualche operazione per ceratonisi, e qualunque volta non mi paresse che l'ago riuscisse a sgombrare prontamente, e stabilmente la pupilla, era mio parere potere immediatamente ritirarlo, e passare all' estrazione anteriore.

Stato in cui si è trovato il cristallino.

§. 3. Ho raccolto sei osservazioni di questo genere ne' quali casi dopo avere aperta la cornea si trovò quasi intatto il corpo cristallino, che nell'atto della ceratonisi sembrava essere stato messo in pezzi, e ciò mi dimostra quanto sia facile illudersi in quella pratica a motivo, che le parti resistono all'ago e sono anche galleggianti.

Successo felice ottenuto riferito nel Prospetto XV.

§. 4. Il sucesso ottenuto dopo simili operazioni è stato osservato con ammirazione dagl' intelligenti e si troverà notato nel Prospetto XV. Ma io lascio all'accorto lettore investigare la spiegazione di tali successi avendo già sparso in questi libri quanto è sufficiente alla spiegazione di questa fortuna. Certo è che nessuno de' nostri infermi ha sofferto grave infiammazione, e che in tutti i sei casi finita la cura videsi libera e sana la pupilla, nè toglie al merito dell' operazione essersi trovata paralisi ne' due occhi del Bagolini, e del Borselli.

PROSPETTO N.° XV.

In cui si dà conto della ceratonisi non riuscita, e terminata col fare l' estrazione anteriore.

ANNO	NOME E COGNOME	LUOGO dell' ESERCIZIO	QUALITA' DELL' ABBASSAMENTO	ESITO
1813	Gio: Batt. Bagolini	Ferrara	Cateratta incipiente al destr. Reclinazione indi estraz. al sinistro.	Il destro non si tocca. Resta libera la pupilla al sinist. con paralisi.
id.	Giovan. Alessandrini	Bologna	Lacerazione ed estrazione al sinistro. Estraz. anterior. al destro.	Felice il sinistro dopo la ceratonisi inutile. Felice il destro.
id.	Domenica Gigli.	Cento	Cateratta incipiente al sinist. Reclinazione ed estraz. al destro.	Il sinistro non vien toccato. Felice il destro.
id.	Vittorio Borselli.	*idem*	Cateratta incipiente al destro Reclinazio. ed estrazione al sinistro.	Il destro intatto. Resta libero il sinistro, ma trovasi ambliopia.
id.	Giuseppe Tognelli	Ancona	Cateratta incipien. al destro Lacerazione inutile; indi estraz. anteriore al sinistro.	Il destro intatto. Felice il sinistro.
1815	Francesco Juda.	Napoli	Sano il destro. Reclinazione inutile indi estraz. al sinist.	Felice il sinistro.

Nel Bagolini ho praticata la ceratonisi per riconoscere lo stato de' nervi e parendomi trovarli sani ed essendo galleggiante la cateratta passai all' estrazione; ma liberata la pupilla i nervi son divenuti più deboli, e l' operazione restò quasi inutile.

PROSPETTO N.° XVI.

In cui vengono indicate tutte le operazioni di ceratonisi descritte ne' miei giornali.

ANNO	NOME E COGNOME	LUOGO dell' ESERCIZIO	QUALITA' DELL' OPERAZIONE	ESITO
1811	Gaetano Olivo	Verona	Estrazione anter. al sinistro. Reclinazione per ceratonisi al destro.	Felice al sinistro. Inutile al destro per cater. secondar.
id.	Vincenzo Todeschini	*idem*	Laceraz. al sinistro. Estrazione anteriore al destro.	Cateratta second. al sinistro, atrofia al destro.
1812	Catterina Gajetta	Venezia	Estrazione anter. al sinistro. Reclinazione al destro.	Felice al sinistro. Cateratta second quasi totale al dest. Ma vede.
id.	Marina Mazzolene	*idem*	Reclinazione anter. al sinistr. Estraz. anter. al destro.	Felice al sinist. Spezzatosi il coltello suppuraz. ed atrofia al destro.
id.	Riccardo Casagrande	*idem*	Reclinazione *idem* Estrazione *idem*	Cateratta second. al sinistro. Felice il destro.
id.	Maria Sonelli	*idem*	Reclinazione al sinistro, il destro era distrutto.	Iritide, ed atrofia al sinistro.
1813	Abbate Fazio	Bologna	Lacerazione anter. al sinist. Caterat. incipiente al dest.	Cateratta second. al sinistro, e si trova paralisi.
id.	Francesca Carli	*idem*	Estrazione anter. al sinistro. Reclinaz. anter. al destro.	Felici ambedue.
id.	Rosa Restani	*idem*	Estrazione *idem* Reclinazione *idem*	*idem*
id.	Lorenzo Savorini	*idem*	Depressione anter. al sinist. Estraz. anter. al destro.	Suppurato il sinistro. Felice il destro.
id.	Rosa Barbieri	Cento	Lacerazione anter. al sinistr. Estrazione anter. al destro.	Iritide, ed atresia al sinistro. Felice al destro.
id.	Domenica Gavoni	*idem*	Estrazione anter. al sinistro. Reclinazione anter. al destr.	Felici ambedue.
id.	Demetrio Zanotti	*idem*	Il sinistro è sano. Reclinazione al destro.	Cateratta second. quasi totale al destro e vede.
id.	Catterina Tonini	*idem*	Reclinazione anter. al sinist. Estrazione anter. al destr.	Cateratta second. al sinistro. Felice al destro.
id.	Pietro Zangheri	Rimino	Lacerazione al sinistro. Cateratta incipien. al dest.	Inutile per cateratta second. al sinistro. Il destro non si tocca.

1813	Alessandro Bonini	Cesena	Cater. incip. al sinis. ed estraz. poi nel 1824. Lacerraz. anter. al destro.	Ernia dell'iride non recisa al sinitro inutile estraz. Lacer. al dest. inutile per cat. secon.
1814	Cecilia Gardini	Bologna	Estrazione anter. al sinistro Reclinazione al destro.	Felice al sinistro. Inutile al destro per caterat. second.
id.	Pasquale Fallaro	*idem*	Depressione anter. al sinist. Estrazione anter. al destro.	Felici ambedue, piccola ernia al destro.
1815	Antonio Paolella	Napoli all'ospedale della Pace.	Lacerazione anter. ad ambedue gli occhi.	Felici ambedue.
id.	Gaetana Oliva	*idem* in clinica	Depressione anter. al sinist. Estrazione anter. al destro.	Felici ambedue.
1816	Gio: Ferdinan. Melito	*idem*	Estrazione anter. al sinistro. Depressione anter. al destr.	Felice al sinistro. Iritide ed atresia al destro con cater. secondaria.
id.	F.te Angelo da Muro	*idem*	Estrazione anter. al sinistro. Reclinazione al destro.	Suppuraz. ed atrofia al sinis. Felice il destro.
1817	Vincenzo Castaldi	*idem*	Estrazione *idem* Reclinazione *idem*	Felice al sinistro, ma residui di cateratta. Felice al destro più.
id.	M. Teresa de Marco	*idem*	Reclinazione anter. al sinist. Estrazione anter. al destro.	Felici ambedue, il destro più.
id.	Antonia Parmisano	*idem*	Reclinazione anter. al destr. Sano il sinistro.	Felice al destro.
id.	Gennaro Pica	*idem*	Reclinazione anter. al sinistro ripetuta. Sano il destro.	Cateratta second. al sinistro, iritide ed atrofia dopo.
id.	Vincenzo Palma	*idem*	Estrazione anter. al sinistro. Reclinaz. anter. al destro.	Felici ambedue.
id.	Giuseppe Fimiani	*idem*	Cateratta incip. al sinistro. Reclinaz. anter. al destro.	Il sinistro rimane intatto. Felice al destro.
id.	Marianna del Giudice	*idem*	Estrazione anter. al sinistro. Reclinaz. anter. al destro.	Felice al sinist. Fosco il dest. per cateratta second. totale.
id.	Carmina Gragnano	*idem*	Lacerazione al sinistro. Reclinaz. anter. al destro.	Il sinistro felice. Buono al destr. ma residui di casula e vede.
id.	Giovanni Boriello	*idem*	Estrazione anter. al sinistro. Reclinaz. anter. al destro.	Felice al sinistro. Cateratta second. fosca al destro, e non vede.
id.	Vincenzo de Vajo	*idem*	Estrazione *idem* Reclinazione *idem*	Felici ambedue.
id.	Domen. M. Valentini	*idem*	Reclinazione anteriore ad ambedue.	*idem*
id.	Cono Spinelli	*idem*	*idem*	Felice al destro. Offuscato da caterat. secondar. il sinist.
id.	Teresa Nappa	*idem*	Estrazione anter. al sinistro. Reclinaz. anter. al destro.	Felici ambedue, quantunque acido sul destro.
id.	M. Teresa Acampora	*idem*	Reclinaz. anter. ad ambedue indi estraz. di catt. second.	Atrofia al destro. Cateratta second. al sinist. indi estrazione felice al medesimo.
id.	Nunziante Cafierri	*idem*	Estrazione anter. al sinistro. Reclinaz. anter. al destro.	Felici ambedue.

1817	Domenico Danese	Napoli, in casa propria	Reclinazione anter. al sinist. cateratta incip. al destro.	Fiocchi casulari al sinistro ma vede. Intatto il destro.
1818	Gio: Adamo Aitel	*idem* in clinica	Cateratta incip. al sinistro. Reclinaz. anter. al destro.	Cateratta second. al destro inutile. Intatto il sinistro.
id.	Domenico Cataldi	*idem*	Reclinaz. anter. ad ambedue.	Felice al sinistro. Cateratta second. al destro e non vede.
id.	Carmela Cardone	*idem* in casa prop.	Il sinistro era sano. Reclinazione anter. al destro.	Intatto il sinistro. Felice al destro.
id.	Aniello Giordano	*idem* in clinica	Reclinazione anter. al destro. Cateratta incip. al sinistro.	Buono al destro ma paralisi.
id.	Maria della Torre	*id.* in Santa Chiara	Estrazione anter. al sinistro. Reclinaz. anter. al destro.	Felice al sinistr. Cateratta second. parziale al destro, ma vede.
1820	Carolina Ottola	*idem* in clinica	Lacerazione anter. al destro. Estrazione anter. al sinistro.	Felice al destro, ma residui di casula. Il sinistro soffre iritide ed atresia infelice.
1822	Francesco Ant. Sola	*idem* in clinica	Laceraz. anter. al sinistro, il destro vede.	Cateratta second. al sinistro quasi totale e vede. Intatto il destr.

Occhi operati per ceratonisi 52 perduti 20. sei de' quali per atrofia e 14 con totale cateratta.

La perdita è in ragione del 38 1/2 circa per 100 senza contare 8 cateratte secondarie parziali delle quali tre in poche settimane occuparono l'intera pupilla di Gajetta, Gragnano e Boriello. L'iritide grave si è presentata nella ragione dell' 11 e 1/2 per 100 circa.

CAPO XLVIII.

Intorno alla scelta del metodo.

§. 1. Nel dilucidare le regole de' metodi di abbassamento ho dovuto spiegare per che modo la cateratta resista all'ago, e ci obblighi talvolta a lottar lungamente dando luogo all'iritide grave, ed ho fatto conoscere, che talora si nasconde, e poi viene a ricomporsi formando la cateratta secondaria. Ho dunque incominciato ad agitare una quistione tenutasi da lunghissimo tempo fra i maestri dell'arte quella cioè, che riguarda il metodo da preferirsi, discussione di molta importanza per la pratica, mentre ho già fatto conoscere, che di sovvente la riuscita dipende dalla scelta del metodo, ed ho dichiarato, che l'oculista per ben riuscire deve essere convinto di avere prescelto il metodo più probabile (Vedi lib. II. pag. 111 e 211 §. 1.° e §. 7.

Ho dilucidato le ragioni per cui non riesce l'abbassamento, e discusso varj punti per la scelta del metodo.

§. 2. L'accorto lettore si sarà ormai avveduto, che secondo ho moltiplicato gli esperimenti de' varj metodi, io mi sono ognor più fermamente determinato a sostenere il metodo dell'estrazione anteriore, perchè i successi mi hanno guidato a ciò, e le pruove mi sembrano così evidenti, che ho dovuto abbandonare l'impressione fattami dall' autorità de' miei primi maestri in favore dell' abbassamento, ed anche l' impulso, che mi aveva dopo inclinato a sostenere l'estrazione laterale frutto de' miei primi studj e di molte fatiche; e tanto io era inclinato a favorire i metodi di abbassamento, che mentre scriveva il primo libro pag. 223. §. 31 mi erano rinate novelle speranze.

Gli esperimenti mi hanno diretto nella scelta.

§. 3. Io allora mi lusingava che forse appoggiando la convessità dell'ago sulle cateratte, e non la punta si dovessero reclinare intere, oppure che lacerando prima tutta la casula, e distaccandola, la depressione riuscir dovesse felicissima, e con tali vedute anche dopo il 1820 ho praticato novelli tentativi; ma sempre ho sperimentata nel mio interno una crudele incertezza, e mi fu d' uopo ritornare alla pratica dell' estrazione anteriore, nè dissimile incertezza ho provato dopo l'estrazione laterale per causa dell' imperfezione delle regole, e degli stromenti.

Speranze concepite a favore degli altri metodi.

La natura delle cateratte dà a conoscere che talune verranno difficilmente distrutte dall' ago.

§. 4. Ma per procedere ordinatamente si consideri prima di tutto il metodo dell'abbassamento in teoria, e si troveranno già le pruove della sua imperfezione derivanti dalla natura delle cateratte, vedi Capo II pag. 88 e seguenti in questo medesimo libro, poichè non sono tutte di una qualità. Le cateratte albuminose si trovano quasi sempre molli, ma la casula talvolta è solidetta, e tenace come una membrana, più solida essa tro-vasi nelle cateratte infiammatorie, e nelle arido-siliquate, e nelle traumatiche; ma talvolta nelle congenite, ed anche nelle senili è tanto solida, che riesce difficilissimo romperla, e quasi impossibile distaccarla dalla periferia de' legamenti cigliari, ne' quali casi essa cede bensì, ma non si spezza, e diventa galleggiante.

Facilità che offre il metodo anteriore per estrarre la casula.

§. 5. Inoltre se la natura, e l' indole de' metodi vuolsi considerare, ben si capisce, che allorquando io praticherò l'estrazione mi aprirò una via facile a penetrare cogli aghi, e colle pinzette anche dietro l' iride, e potrò dominare la casula, e staccarla, o reciderla secondo il bisogno, tirarla in basso quando fosse nascosta, e portarla via tanto se fosse molle, come se fosse dura, che per l' opposto nei metodi di abbassamento la strada è angusta, gli aghi sono vincolati, e la cateratta non si può dominare se non per quanto il lume della pupilla ci concede. Nel fare l'estrazione noi possiamo anche dilatar la pupilla dopo il taglio bastando a ciò la pressione sulla sclerotica.

Pare non doversi osservare l'iritide dopo l'abbassamento, ma bensì dopo l'estrazione.

§. 6. S' intende adunque, che sarà più probabile ottenere la distruzione completa della casula per via dell'estrazione, che per via dell' abbassamento; ma taluno potrebbe dire che nel far l' estrazione vi è sommo pericolo di maltrattare l' iride, mentre nell' abbassamento questa neppur si tocca, e perciò mai si avrà l' iritide.

Ho spiegato come si eviti l'offesa dell' iride nell' estrazione.

§. 7. Se ciò fosse vero si dovrebbe al certo riguardare con gran favore l'abbassamento; ma ho spiegato le regole onde evitare anche nella pratica dell' estrazione qualunque dannosa lesione dell' iride, (vedi in questo libro pag. 79, e 94.), ed insegnato avendo con pruove chiarissime, che la recisione è più utile, che dannosa, quand' anche vi si praticasse l' istimo, cessar deve ogni timore.

Pericolo evidente anche nell' abbassamento.

§. 8. Che se le contusioni della detta membrana riescono fatali nell' estrazione anteriore, ugualmente sarà dannoso dibattere gli aghi, e la cateratta in vicinanza dell' iride nel praticare l' ab-

basamento, che perciò vedesi tosto restringersi la pupilla ch' era stata dilatata mediante l' estratto di josciamo vedi pag. 180 §. 6 e 189 §. 3 e l' iritide da ciò ha principio.

§. 9. Così appuntino risponde la pratica a questi principj teoretici, che raccogliendo tanto nel giornale di clinica come nel mio privato i sucessi delle storie, le quali riguardano l'ecraxis ho trovato essere molto frequenti le cateratte secondarie dopo l'abbassamento, e rarissime dopo l'estrazione, ed ho notato che più sovente sorgeva l'iritide dopo quel metodo, vedi la nota al prospetto XIV pag. 181 e volendo tener presenti i soli casi osservati in clinica nello scaduto triennio si raccoglie, che di 61. occhi sottoposti al metodo dell'estrazione anteriore otto ebbero sucesso infelice vale a dire cinque soffrirono grave iritide o suppurazione nel Riversio, de Muro, Carbone, Jengo, e de Nuziis, e tre ebbero cateratta secondaria, mentre per lo contrario ne' soli 23 casi di abbassamento ve ne furono sette perduti, tre per causa d' iritide, e quattro per cateratta secondaria, nè ho voluto in questo calcolo tener conto di que' casi in cui l'esito è mancato per debolezza de' nervi, mentre questa debolezza non poteva sicuramente attribuirsi al metodo, e nemmeno ho considerato due casi di abbassamento ne' quali la cateratta secondaria era incominciata quando uscirono di clinica nella Gragnano e nel Boriello per non essere accusato di troppa severità, trascuro altresì di porre a confronto le qualità delle cateratte secondarie, sebbene delle tre osservate dopo l' estrazione due vennero curate felicemente, e ed un solo de' quattro occhi affetti da cateratta secondaria dopo l'abbassamento potè essere curato con felicità per via dell'estrazione, che fu quello di Teresa Acampora.

Cateratta secondaria, ed anche iritide osservata spesso anche dopo l'abbassamento.

§. 10. Tenendosi presente soltanto il primo successo delle nostre cure così nell'uno, come nell'altro metodo risulta adunque che la perdita avutasi dopo l' estrazione è inferiore alla ragione del 15. per cento, e la perdita dopo l'abbassamento non compresi i due casi di Boriello e Gragnano supera di poco il 30 per cento; sicchè volendo generalizzare si raccoglie che l'estrazione ha prodotto la perdita di un sesto poco meno, e l' abbassamento è giunto ad una ragione poco minore di una terza parte.

L'estrazione ha dato un 15 per cento, e l'abbassamento 30. per cento in circa di perdita.

Mi sia lecito ripetere due osservazioni.

§. 11. Ma per non discostarmi dai fatti mi sia lecito richiamar nuovamente l' attenzione del lettore sopra due osservazioni di già registrate, le quali possono dirsi chiare pruove contro l' abbassamento.

Perchè scegliessi l' abbassamento nel primo caso.

§. 12. La prima di queste due osservazioni l' ho notata in Verona l' anno 1811 vedi pag. 181 prospetto XIV. Fui allora chiamato a curare l' occhio sinistro della nobile giovane, ivi citata e temendo la deformità della pupilla, nè conoscendo in quel tempo un sicuro espediente pei casi di ernia dell' iride, non volli affidarmi all' estrazione anteriore, ma stimai dover prescegliere la lacerazione laterale, conoscendo benissimo, che la giovanetta era più afflitta per la macchia biancastra formatasi nell' occhio, che per la perdita della vista, e desumendo da ciò, che qualunque deformità fosse rimasta nell' occhio l' avrebbe afflitta vivamente.

Resistenza della casula, ed uso di varj aghi.

§. 13. Introdotto adunque l' ago curvo per la sclerotica e passatolo sul margine superiore della cateratta fin nella camera anteriore lo spinsi al basso, onde lacerarla col dorso dell'istromento; allora la casula si distaccò per breve tratto, e la lente videsi reclinare da per se medesima; ma rialzato appena l' ago vidi elevarsi la casula ch' era tenace ed elastica, cercai dunque di tirarla indietro, e si lasciò condurre verso il fondo dell' occhio, ma senza distaccarsi dai lati, e senza poter essere squarciata perchè galleggiante, talchè ritirato l' ago la cateratta ritornò subito al posto di prima. Dubitai allora che l' istromento si fosse un pò reso ottuso, e vi sostituii un ago lanciato di ottima tempra, ma frattanto l' iride si era distesa, e la pupilla era impicciolita, e spinsi quest' ago dietro alla casula per farla a brani, e poi gettarla nella camera anteriore; tutta la punta venne da me spinta fino a toccare la parte interna della cornea senza che questa si potesse nè dividere, nè traforare, e dopo molti urti, e molti maneggi mi riuscì abbassarla tanto, che appena la terza parte della pupilla si rimaneva occupata, allora temendo, che una più lunga insistenza determinasse l'iritide grave, abbandonai l'occhio, non senza molta speranza, che l' assorbimento avrebbe fatto il resto, e mi occupai di curare l' inferma.

§. 14. Poche ore dopo feci applicare delle mignatte, amministrai digitale, e tartaro emetico, feci bagnare il contorno dell'orbita con soluzione di estratto di josciamo, e furono usati pediluvii e sinapismi; ma l'iritide si presentò, e non fu calmata che a stento. Passati 16 giorni, aperto l'occhio ritrovai di bel nuovo la cateratta sul campo della pupilla, e decorsi altri 20. giorni, osservando che l'occhio erasi liberato interamente da infiammazione, e che la cateratta era densa equabile, ed attaccata ai legamenti cigliari, talchè era ormai perduta ogni speranza, che venisse distrutta per l'assorbimento; e ricevendo continui incitamenti dall'inferma, la quale era di etraordinario coraggio tentai un secondo abbassamento, e trovai la cateratta così elastica come nel primo tentativo, ed egualmente dura talchè la pupilla non rimase libera se non dopo un lungo maneggio. Ma che! . . . Novelli segni di grave iritide sorgono poche ore dopo, ed ogni medicina riesce infruttuosa, ogni soccorso è di poco sollievo all' inferma, e dopo dolori sofferti per tre settimane ritrovo la sinizesi con cateratta secondaria composta da linfa trasudata, e da fiocchi casulari, ed i nervi tormentati dal male erano perduti, sicchè l'occhio non più riconosceva la presenza della luce.

Cura consecutiva.

§. 15. Io domando ora che si poteva fare di più onde romper quella casula?... Può essa riguardarsi come innocua una operazione, che prolungata per la necessità di ottenere il prefisso scopo determina così grave iritide?... E chi mai potrà conoscere quale sia il termine oltre cui non si possono agitare gli aghi nell' occhio senza grave danno; e quando avessi ritirato l'ago più presto, non sarebbe ella stata sicura la formazione di una cateratta secondaria?

Pericoli che si osservano quando l'operazione è lunga.

§. 16. L'altro fatto ugualmente contrario alle felici speranze da me concepite è stato quello di già riferito parlando di Adamo Aitel vedi pag. 189 e seguenti.

Altro sperimento contrario.

§. 17. Questi due esempj chiaramente dimostrano, che talvolta il buon successo dell' abbassamento non dipende dalla precisa esecuzione delle regole, ma dalla natura delle cateratte.

Ecco esempi sfavorevoli.

§. 18. In fatti io mi fo ardito di chiedere a qualunque oculista se nel caso di Adamo Aitel, quella illusoria felicità non lo

Come si potesse rimediare in questo caso; o dubitare della riuscita.

avrebbe ingannato? Io non avrei creduto, nè saputo meglio operare l'abbassamento, nè avrei saputo cosa desiderare quando al primo urto dell'ago videsi perfettamente libera la pupilla, eppure siamo rimasti delusi dello sperato sucesso; ma si potea ella replicare l'operazione. Mi verrà risposto. *Sì; se gli uomini non avessero il libero arbitrio, io debbo soggiugnere*: perchè difatti mai più si potè replicare da noi.

Casi in cui mancata un'operazione l'uomo è rimasto cieco siccome fosse incurabile.

§. 19. Pur troppo in varj incontri, e particolarmente nelle due ultime escursioni da me fatte in Italia ho raccolto notizie di persone anche illuminate, e di bel talento, le quali sperimentata avendo infruttuosa la prima operazione non vollero assoggettarsi a tentar la seconda, e fra questi oltre il ragguardevole personaggio citato più sopra pag. 88 trovo annoverato l'erudito bibliotecario Pellegrini da me visitato inutilmente a Venezia, il quale passò molti anni della sua vita infelici, perchè tentatasi la reclinazione laterale da un abile oculista nel di lui occhio sinistro, e sviluppata grave iritide dovè patir molti dolori, ed ebbe poi atresia, e cateratta secondaria, nè mai più ebbe l'animo di farsi toccare dai nostri ferri quantunque all'altro occhio la cateratta fosse di buon aspetto e molte insinuazioni gli venissero fatte dai parenti, e da tutti noi.

Speranze a favore della lacerazione laterale.

§. 20. Io mi era lusingato, che il metodo di lacerazione perchè vien diretto a vincere il maggiore ostacolo potesse eguagliare almeno, e fors'anche superare i successi, che si erano ottenuti coll'estrazione, e parevami, che per la facile esecuzione dovesse quello essere, come suol dirsi una riserva per la mia vecchiaja; quando anche non avesse fatto, che uguagliare ne' sucessi gli altri metodi. Ma negli sperimenti che ne ho fatto dal 1820 fino al 1826. tanto per ceratonisi, come anche attraversando la sclerotica esso è rimasto molto al di sotto dell'estrazione anteriore.

Sicurezza portata nella pratica dell'estrazione anteriore.

§. 21. Questo metodo sebbene difficile si è però condotto a sì fatto termine di precisione, che un professore poco più che mediocre potrà dire a se medesimo prima d'incominciare, io farò uscire la lente senza molta offesa dell'iride, e potrò lacerare, ed anche portar via la parte centrale della casula quasi con sicurezza, e se l'iride resterà tagliata poco m'importa, e quando anche formassi l'istimo saprò aprirmi una strada opportuna, se

la jaloidea si spezzasse conserverò sufficiente quantità di vitreo e saprò ricomporre l' occhio, in fine purchè l' ammalato sia ragionevole, e mediocremente quieto la cicatrice potrà farsi di prima intenzione, e qualunque ostacolo insorga vi sarà probabilità che la guarigione si ottenga nella proporzione dell' ottantacinque per cento. Infatti prese avendo ad esame le storie di 585. operazioni da me praticate col metodo dell' estrazione anteriore e raccolte nel mio giornale privato quantunque vi sieno comprese quelle de' primi anni epoca in cui m' era d' uopo acquistare destrezza, pratica, e sangue freddo; ritrovo, che eccettuati 37 casi mancati per paralisi ma riusciti bene, il successo è mancato 82 volte, locchè equivale ad una perdita del 14 e $\frac{1}{53}$ circa per cento; e per lo contrario 71 casi di abbassamento mi hanno dato una perdita di 32 successi locchè equivale al 44 circa per cento.

§. 22. Io esperimento un grado di sicurezza molto maggiore dopo l' estrazione che dopo l' abbassamento, perchè posso dire quasi sempre a me stesso ho aperto un taglio di cornea, che ha dato facile passaggio alla cateratta, l' iride non ha urtato contro i ferri, non ha strisciato, che dolcemente contro i margini della ferita, e perciò non vi è ragione di temere una grave infiammazione, la casula si è mostrata l' ho presa e ne ho portato via tutto il centro, dunque non vi è timore di cateratta secondaria; non così dopo l'abbassamento, se abbiamo lottato a lungo perchè vi siamo stati indotti dalla necessità, se la casula si è squarciata nel mezzo, o si è distaccata in basso, o in alto; si può essere nascosta dietro all' iride, e ci rimane, o il timore dell' iritide, o il dubbio, che si ricomponga, e quella grave infiammazione, che tanto si temeva dai più dotti maestri dopo il taglio della cornea non si può evitare neppur coll'abbassamento, anzi si è veduta più di sovvente svilupparsi e produrre o atresia, o atrofia vedi pag. 201 §. 9.

Probabilità che si avrà in molti casi dopo l'estrazione.

§. 23. Vi sono stati de' medici assai culti, i quali dopo avere osservato con attenzione i miei infermi, e notato che in molti casi di estrazione da me praticata non si era manifestato neppure un primo segno d' iritide, mi dicevano: « vedo benissimo, che » l' estrazione può riuscire innocua, e darà felici risultamenti, ma

Opinione di taluni medici dopo i felici sperimenti.

» amico bisogna avere la tua mano! ed il tuo esercizio!... Tu solo
» la fai comparire un giuochetto da nulla, una operazione semplice,
» e naturale; ma un chirurgo, che non avesse uguale esercizio,
» o un giovane principiante, come potrebbe egli seguitare la tua
» pratica? Egli sarà costretto, e quasi dirci invitato dalla facile
» esecuzione a praticare l' abbassamento.

Risposta, che riguarda i principianti.

§. 24. Per rispondere a queste obbiezioni dirò semplicemente, che il principiante deve battere la via più sicura, e non già esporsi al pericolo di veder mancare le operazioni senza sua propria colpa, perchè a misura ch' egli si perfezionerà nell' arte potrà sperare di trovarsi nel più alto grado di fortuna, e se prendesse la via più incerta e che questa riuscisse da principio, non avrà più coraggio di abbandonarla, se non è felice egli è perduto per l'arte. Ma saranno di esempio a questo proposito il Sig. D. Francesco Tommasi riputatissimo in Campobasso, il Signor D. Raffaele Rossi da Nola, che molto nome si gode in patria, ed in Salerno, non che i Signori Lacova, Portal, Polara e Maseara in Sicilia, ed il Dottorini in Perugia, e molti altri i quali praticando l' estrazione anteriore hanno già acquistato fama di oculisti; ma non solo questi uomini di già provetti nell'arte; altresì varii giovani alunni, i quali dopo due o tre anni di studio hanno praticata l'estrazione nella scuola clinica con ottimo esito, e posso citare fra gli altri i Signori Barbagallo, Barracano, e Cilestri, i quali sono riusciti a praticarla con felicità.

Cosa debbano fare i chirurghi abituati ad altri metodi.

§. 25. Quanto ai chirurghi io dirò francamente, che se fossero ormai abituati a praticare l' abbassamento, o se non si credessero dotati di quella precisione, e di quella scrupolosità, che è necessaria, farebbero meglio a non cimentarsi, se non quando l' infermo si trovasse fuori della portata di ricorrere ad un oculista di professione; mentre ognuno il quale ben consideri l' importanza della riuscita permetterà al suo infermo di fare viaggi e sacrifizii notabilissimi, onde guadagnare anche un solo grado di probabilità, e correre il minor rischio possibile. Così la pensano ormai varii de' miei distinti colleghi in questa Capitale seguitando in ciò l' esempio de' professori Amantea, Troja e Santoro, i quali fin dal mio primo arrivo in questa città mi

diressero gl' infermi di cateratta; ed uno di loro essendosi recato lungi da Napoli praticò la reclinazione con esito felicissimo, ma non di meno ritornato fra noi volle, che gl' infermi di cateratta continuassero a chiedere l'opera mia, e me ne diresse più d' uno con raccomandazioni caldissime.

§. 26. Però questi valentuomini esaminarono prima una serie di estrazioni da me eseguite, onde convincersi che allorquando si tengono tutte le opportune diligenze questa pratica non viene seguitata nè dalla grave emorragia, nè da grave iritide. Motivi dai quali erano indotti.

§. 27. Le stesse attente investigazioni vennero anche ripetute da professori, i quali giunsero fra noi dalla dotta Germania, e dall' Inghilterra, e ben mi ricordo, che un uomo dottissimo, il quale avea osservato in Vienna frequenti infiammazioni dopo la pratica dell'estrazione faceva le meraviglie a vedere, che nessuno de' nostri infermi clinici presentasse indizio d' iritide. Colleghi stranieri che osservarono uguali successi.

§. 28. Nè stimo dover passare sotto silenzio, che avendo io praticata l' estrazione ad ambedue gli occhi di una certa signora Doristella Panzetta lui presente, e lasciate ai famigliari le opportune istruzioni subito dopo, egli mi tenne questo discorso. *Mio degno amico, tutto và bene; ma io non posso approvare, che tanto in questo caso, come in altri da me osservati, tu abbia posto in non cale le usanze del nostro comune maestro!... E perchè non ti prepari siccome egli faceva a combatter l' infiammazione?... Noi stiamo sempre di guardia vicino all'infermo, nè lo abbandoniamo un solo istante ne' primi due, o tre giorni, anzi in ogni ora, e di giorno, e di notte abbiamo cura di aprire le palpebre osserviamo l' occhio, e se l' iritide si presenta, ben tosto si caccia sangue, si apprestano delle purghe narcotici, e vessicanti, e sinapismi, in fine si adopera ogni mezzo opportuno a troncare l' infiammazione e calmare i dolori.* Al che risposi. *Io reputo o mio dotto collega, che le vostre grandissime cure sieno più nocive, che utili perchè non ardirei scomporre le palpebre, nè esporre vorrei alcun occhio all' impressione della luce per osservarlo, che già l' iritide noi la conosciamo a causa de' dolori, i quali vanno ad occupare il sopraciglio. Vuoi tu per altro sapere perchè io non mi* Riflessioni di taluno sopra un caso particolare.

guarderò in questo caso dall' infiammazione ?. . Perchè dopo un' operazione riuscita in perfetta regola io non la temo, e non esiterei a scommettere duemila Fiorini se ti piacesse, che la Doristella, ed anche il Maduranza, il Fratta, il Triminello, ed il Fienza saranno guariti senza dolori ad onta della nostra apparente negligenza, siccome si è guarita la del Vecchio. Anzi dirò che quella vostra guardia mi fa conoscere come il caso dell' iritide grave esser debba frequente fra i vostri infermi.

Felicità attribuita al clima.

§. 29. Avutasi la conferma di questo discorso, in pochi giorni il mio amico volea persuadermi tutta questa felicità esser dovuta al clima, al che opposi aver io ottenuto il medesimo effetto in molti paesi settentrionali d' Italia, ed aver notato in generale una qualche maggior riuscita nell' inverno che nell' estate, vedi lib. I. pag. 187 §. 17.

Errori ai quali si può attribuire il successo osservato in Vienna.

§. 30. Ma prendendo poi ad esame la pratica da essi tenuta nelle operazioni gli feci conoscere, che trascurano troppo l' articolo II. pag. 118 spiegato nel lib. II, i loro ferri non gli ho trovati mai così taglienti come quelli di Stodart, anzi il bravo Malliard, che mi ha fatto certi ordigni dilicatissimi non mi ha dato però mai un coltello affilato come quelli del vecchio Blank, tantocchè dopo averli ricevuti da Vienna mi sono visto nella necessità di mandarli da Napoli a Londra per farli affilare. Questa imperfezione obbliga i professori a contener l'occhio acciò non rifugga, e farvi dannose compressioni vedi lib. II. pag. 153 capo XII. Aggiungasi pure che non gli ho veduti rispettare abbastanza quella regola tanto a me cara di operare unicamente in que' momenti ne' quali l'occhio è in calma. Nè da altre cagioni, che da queste io saprei ripetere le gravi infiammazioni da loro osservate. Nè potrò giammai persuadermi potersi quelle attribuire all' influenza del clima, o alla forza de' temperamenti poichè avendo praticato le medesime operazioni su persone venute da varj climi, e principalmente Svizzeri, Polacchi, ed anche Tedeschi, Russi, ed Inglesi non ho notato veruna differenza sensibile; bensì mi sono accorto di una maggior tendenza alla suppurazione quando ho praticato i tagli della cornea negli uomini di colore tanto affricani, come da San Domingo, perchè in questi ho trovato le cornee molto più sottili,

ed anche molli, che non sogliono essere negli europei. Se dunque la lassezza del clima indur potesse qualche grado di cangiamento nel tessuto della cornea parmi dover essere piuttosto a disfavore, che a vantaggio ne' paesi caldi. Ma in fine laddove si presentano delle cagioni così manifeste perchè vorremo noi ripetere la spiegazione da cause insufficienti, ed oscure? . .

§. 31. Che se il clima avesse questa fatale influenza il Barone di Wenzell non avrebbe potuto giugnere a sì alta fama in Parigi, nè il sig. Barth avrebbe acquistata così grande riputazione in Vienna, in Praga, ed in Inghilterra, e può dirsi lo stesso riguardo alle molte estrazioni anteriori praticate dal Richter, e da' suoi discepoli in Germania, ed anche in Vienna stessa fra quali fiorì in questi ultimi tempi il Professore Prohascka, che era tanto fortunato nella pratica dell' estrazione per quanto era diligentissimo.

Il clima avrebbe tolto il buon successo a molti celebri oculisti del nord.

§. 32. E per non trasandare quelle pruove, che facilmente emergono da un complesso di osservazioni, e di esperienze, basti riflettere, che dopo la grande riforma dell' arte nostra avvenuta verso la metà del passato secolo quasi tutti migliori oculisti di Europa si attennero a questo metodo incominciando da Dawiel, Petit, Lafaye, e Janin nella Francia, non che Wenzel di già nominato ed i seguaci loro fra quali basti il nome di un Barth, e di un Beer mantennero in credito sì fatta pratica in Allemagna, siccome in Italia fu ammirata per opera di Troja, Amantea, Siseo, Atti, e Rossi, i quali per lo più abbracciarono il metodo dell' estrazione.

I più abili oculisti addottarono l'estrazione.

§. 33. Che se per altro canto Dessault nella Francia, e Percival Pott in Inghilterra, non che il trascendente ingegno di Gio: Adamo Schmidt in Germania, e molti de' loro seguaci elevarono la voce contro l' etrazione e fecero proseliti anche in Italia; bisognerà non di meno convenire, che nessuno di questi professori benchè avessero meritata lode, come filosofi profondi, chirurghi eccellenti, ed anatomici diligentissimi non ebbero per altro, come oculisti, nè tanta riputazione, nè tanta concorrenza di affari da potersi paragonare ai seguaci dell' estrazione di sopra citati, ed è pur forza confessare, che allorquando si addottò quasi generalmente la pratica dell'abbassamento in Francia, ed in

I seguaci dell'abbassamento non hanno avuta grandissima fama come oculisti.

Incertezza de' migliori maestri.

Italia uno de' più valenti chirurghi del mondo, il signor Doubois diceva dalla catedra; *il faut avouer que l' operation de la cataracte, est une des plus difficiles, e des plus incertaines de toute la chirurgie*, e si può dire senza tema di errore che sul cominciare di questo secolo l' oftalmiatria anzichè progredire era decaduta tanto in Francia, che in Italia, anzi si sarebbe perduta se la scuola del Beer non l' avesse mostrata all' Europa, vedi lib. II. pag. 289. perchè se il dotto allemanno non avesse mantenuta in voga la pratica dell' estrazione anteriore; nè l' ecraxis, nè la corotecnia sarebbero giunte a quel grado in cui oggi si trovano.

Ultimamente il sig. Roux fece risorgere la pratica dell' estrazione.

§. 34. Ma in questi ultimi anni, ho letto con vera soddisfazione, che il signor Roux superata la forza delle autorità fece rivivere la pratica dell' estrazione tanto in Francia, come nell' Inghilterra, dove si è notato, che oltre agli uomini dell' arte, i più culti personaggi furono veramente ammirati nell' osservare la pratica di questo metodo.

Apparenza favorevole di questo metodo.

§. 35. Nè sarà da valutarsi per poco quella apparenza che ha l' estrazione per cui gli spettatori, e l' infermo rimangono così soddisfatti vedendosi, che l' uomo ricupera la vista sul punto, e che la parte ammalata è stata portata fuori dall' occhio, e può toccarsi con mano.

Opinioni di un abile professore dedotte dalla natura delle cateratte.

§. 36. Un professore di molto spirito parlando famigliarmente dell' abbassamento coi nostri giovani era solito dire. *Quella polenta, che si fa nell' occhio non mi piace.* Espressione triviale bensì; ma vera, intendendosi egli significare, che quel maneggio oscuro, ed incerto porta facilmente l' iritide; poi aggiugneva, *allorchè portatovi l' ago sopra, si spinge in basso la cateratta bisogna dire: Iddio te la mandi buona! . . .* e ciò riguarda l' incertezza, che dipende dalla natura della cateratta.

Paragone che spiega l'indole de' due metodi.

§. 37. Ma se vogliasi metter chiaramente a confronto l' indole de' due metodi, oltre quel tanto che ho già spiegato mi farò lecito portare un paragone, che più fiate ho recato nella pubblica scuola volgendo il discorso in questi termini. Se dinanzi ad una finestra vi fosse un' ampio velo denso, e tenace, che impedisse a quelli di fuori poter riguardare in una stanza;

cosa si preferirebbe da questi onde potere osservare tutto ciò che stà al di dentro? Eseguire un picciol foro nelle lastre e portarvi sopra una lancia che traforasse quel velo, e lo riducesse a poco a poco in briccioli, oppure aprir francamente una parte della fenestra, ed afferrare mediante una tenaglia ben proporzionata gran parte di detto velo, e strapparlo via o recciderlo liberamente?

§. 38. Dal fin quì detto è dunque forza conchiudere, che o vogliasi considerare la natura de' metodi, o la qualità delle cateratte, o vogliasi calcolare per i successi ottenuti in questa clinica o per la rinomanza acquistata da' più famosi oculisti, sempre risulterà, che il metodo dell' estrazione anteriore porterà il vanto su tutti gli altri, almeno se abbiasi riguardo all' attuale stato delle nostre cognizioni pratiche, e si vedrà l'effetto di questo metodo essere proporzionato all' abilità di chi lo eseguisce, mentre per lo contrario l'abbassamento manca nelle migliori mani.

Tanto la natura de' metodi, come la qualità delle cateratte è favorevole all'estrazione.

§. 39. Ma dopo questi ragionamenti, e questi paragoni troppo necessarj per dimostrare il mio assunto; ogni seguace dell'abbassamento si troverà offeso nel suo amor proprio, e mi dirà io ti voglio accordare, che tal pratica sia riuscita così infelice in mano tua perchè o tu eri nato propriamente colla tendenza ad eseguir l'estrazione, e quanto all' abbassamento la tua ignoranza, o la tua poca diligenza è stata cagione, che ti mancasse almeno 30. volte per cento; ma non devesi argomentare, che il metodo sia cattivo da questa tua particolare imperfezione, anzi potrei convincerti del contrario portandoti innanzi una lunga serie di operazioni da me praticate, e debbo sicuramente attenermi ad un metodo, che ho sperimentato fortunatissimo. Sifatta ostinazione è pervenuta a tal punto, che questi amici della loro opinione dopo avere attribuito alla difficoltà di ben eseguirlo la riuscita sfavorevole da me osservata mi ebbero a dire, che l' abbassamento aveva il pregio innegabile di essere semplice, e facile più d' ogni altro metodo, locchè annulla l'argomento riportato di sopra, che io non lo sapessi eseguire per mancanza di una squisita diligenza.

Obbiezione, che si può fare da taluno a me.

§. 40. Basterà considerare il problema I. e III. e s' intenderà subito che l' estrazione anteriore è molto più difficile; ma se mi

Pruove, che risultano dalle regole ormai sviluppate.

si volesse far credere, ch' io non conoscessi le regole dell' abbassamento pregherò il mio avversario di esaminare i sei problemi, e pubblicarne altre da esso determinate con maggior precisione, ch' egli mi troverà disposto a ripigliare novelli tentativi sulla guida de' suoi insegnamenti.

Conseguenza dedotta dai fatti riportati a favore dell' antico metodo.

§. 41. Aggiugnerò a proposito di ciò, come in una discussione accademica tenutasi col celebratissimo Professore Vaccà, egli mi dicesse tanto essere innocua la depressione, quantocchè avea potuto ripeterla ben sei volte in un medesimo occhio, ed io ripigliai. *Dunque vi è riuscita infruttuosa almeno cinque volte consecutive!* La qual cosa vale di risposta a molti de' suoi discepoli troppo trasportati per questa innocuità.

Parzialità troppo manifesta di taluni maestri.

§. 42. Io non posso tener conto di que' casi, che taluni chirurghi hanno trascelto dal loro giornale, e mandati al pubblico onde sostener questo assunto; poichè talvolta per tenacità alla loro opinione hanno potuto trascurare di considerarli tutti, ed altre volte hanno registrato come guariti compiutamente certi individui, ne' quali già era cominciata la cateratta secondaria, e che dopo tre, o quattro settimane aveano perduto il frutto dell' operazione.

Incertezze sperimentate al cominciare di questo secolo.

§. 43. In sul cominciare di questo secolo la cosa era tanto caliginosa che in una città di trentamila, e più abitanti i chirurghi appena mi poteano citare una o due persone, le quali avessero ricuperata la vista in un modo stabile mediante l'abbassamento, e ritornato allora in patria, mentre io andava ritracciando notizie positive da tutti i colleghi, il bravo giovane chirurgo Vito, che aveva per molti anni osservato le pratiche di uno de'primi nostri maestri, mi diceva, *a parlarti sinceramente ho veduto de' miracoli per le mani di questo professore; ma riguardo alle cateratte, è bensì vero che di quando in quando i nostri infermi uscivano dall' ospedale senza bisogno di esser guidati, eppure esaminati i meglio guariti per varie settimane, con mio rincrescimento non ne ho registrato neppur un solo, il quale conservasse la vista ricuperata, perchè la casula anzicchè dissiparsi, come insegnano i maestri si distendeva ad occupare l' intero campo della pupilla togliendo a que' poverelli la vista, ed a noi il frutto delle*

nostre cure, la qual cosa mi affligge, perchè mi fa riguardare l' operazione della cateratta come un semplice rimedio palliativo e mi conduce a dubitare che tutta l' arte dell' oftalmiatria non sia che una pratica illusoria, e di scarso vantaggio.

§. 44. Ma finalmente siamo usciti da così amara incertezza, e l' arte nostra si mantiene in credito presso del pubblico recando vantaggi permanenti, e manifesti anche alle volgari persone. Anzi in oggi i Sovrani di Europa hanno fondato molte scuole cliniche, e le hanno saggiamente dirette ai progressi dell' arte, per la qual cosa si vanno pubblicando i risultamenti delle pratiche raccolti da professori degni d' intera fede, perchè la testimonianza de' giovani studiosi ci rassicura della verità de' fatti, e raccogliendo da questi giornali clinici i risultamenti; ho trovato, che professori abilissimi nell' eseguire l' abbassamento e dotati di amore pel metodo, e di somma destrezza hanno in molti casi osservato la cateratta secondaria non solo, ma anche l' iritide che aveva tolto lo sperato vantaggio, eppure i loro infermi non vennero visitati, che per quattro o cinque settimane.

Ora abbiamo le scuole cliniche ed i prospetti veridici.

§. 45. Ho per le mani il prospetto della scuola clinica di Pavia pubblicato dal meritissimo professore Jacopi rapito alle scienze da morte immatura, e con quella ingenuità propria de' grandi uomini trovo da lui medesimo riportate cinque storie di abbassamento, e vedesi notato esservi stata in un caso grave iritide con ipopio, e quindi la donna, ch' era la nominata *Catterina Fava* è rimasta cieca; e senza speranza di guarigione, e nell' altro caso di *Giacinta Forni* si formò la cateratta secondaria nella quale tentata avendo egli medesimo la seconda operazione ebbe da questa origine l' ipopio, e la perdita totale dell' occhio.

Cosa risulti dalle sperienze fatte per mano del professore Jacopi.

§. 46. Si potrebbe dunque conchiudere, che la perdita è stata nella ragione del 40 per cento, sennonchè da cinque soli casi non si dovrebbe generalizzare; ma non avendo il dotto maestro notato questo avvenimento con meraviglia, nè attribuito il tristo esito a particolari cagioni sembra chiaro, ch' egli non di rado avesse osservato consimili effetti nella di lui pratica.

Perdita da lui notata in ragione del 40 per cento.

§. 47. E venendo ora alle *Annotazioni anatomiche chirurgiche* dell' abilissimo professore Panizza, che appartengono alle me-

Risultamenti dichiarati dal Profes. Panizza proporzionati al 33. per cento.

desima scuola di Pavia, quantunque il dotto collega praticasse la reclinazione laterale colla più ferma fiducia, e con rarissima diligenza pur dalle sue medesime istorie risulta, che in 27 occhi curati da lui con questo metodo tre volte egli ha notato la perdita del sucesso a cagione di grave iritide, ed in sei altri casi a motivo della cateratta secondaria formatasi tosto; dal che ne viene essere stata la perdita notata in questi casi nella ragione del 33 per cento circa senza tener conto di una cateratta secondaria incipiente da lui medesimo descritta nel Marozzi. Quantunque egli riuscisse a curare con estraordinaria fortuna mediante l' abbassamento le cateratte secondarie, ed ottenesse che di sei casi di tal natura tre soli venissero seguitati da fatale iritide, io non tenni conto di ciò, nè metterò a calcolo la estraordinaria docilità degl' infermi clinici di Pavia, poichè i calcoli della nostra clinica sono stati determinati unicamente sui primi successi.

Risultamenti accumulati.

§. 48. Or se vogliansi considerare in cumulo i sucessi ottenuti da' due sì valenti professori chiaro apparisce, che in 32. casi di abbassamento undici volte è mancato il sucesso, locchè porta una perdita alla ragione del 34 ed un terzo per cento, mentre ho già detto che nella nostra scuola la perdita si è osservata nella proporzione del 30 per cento ne' casi di abbassamento ed in tutta la mia pratica arriva a 39 per 100.

Successo notato dal Prof. Sisco nella clinica di Roma.

§. 49. Volgasi ora lo sguardo agli anni clinici pubblicati in Roma nel 1816. e 1817. sotto la direzione del meritissimo professore Sisco e si troverà registrato, che i di lui assistenti tentato avendo una sol volta l'abbassamento restò questo infruttuoso, nè la inferma che fu la nominata *Domenica Pietrostefani* volle più sperar guarigione dall' arte nostra, e se n' andò cieca, mentre in otto casi di estrazione non venne registrata veruna grave infiammazione, nè si osservò la cateratta secondaria almeno pel tempo che gl' infermi furono tenuti in quella scuola.

Paragone de' successi ottenuti molti anni prima dal Flajani.

§. 50. Quale Fortuna !... e in Roma stessa molti anni prima il celebre Flajani ci lasciò scritto con quel candore, ch' era degno de' suoi talenti, e delle sue virtù, aver egli tentato in 22 casi l' abbassamento, e solo cinque averne ricuperati, ma in 24. casi di estrazione ben 9 ebbero sucesso felice dal che si ricava come

egli avesse conosciuta una superiorità in questo metodo, ed indicata a' suoi contemporanei la via di poter giustamente indagare il valore de' metodi senza parzialità, quantunque egli scrivesse in un tempo in cui ho detto, che l' arte nostra era ancora bambina in Italia; e basti per pruova che il valentuomo non parlava quasi mai della coroteenia, e sembrava potersi contentare di aver ridotta la perdita dell' *ecraxis* al 62. e mezzo per cento.

Come fossero guidati i migliori maestri nelle incertezze che dominavano.

§. 51. Questa imperfezione mi giova a concepir chiaramente da quali motivi professori della più profonda dottrina, e del più imparziale criterio venissero determinati alla scelta dell' abbassamento. Io che mi son trovato fra quelle spine posso ben fare come colui, che

Uscito fuor del pelago alla riva
Volgesi all' onda perigliosa e guata.

Prevenzione de' chirurghi favorevole all' abbassamento.

§. 52. Perchè ogni chirurgo avea per massima, che il metodo più semplice; quello, che ha bisogno di minor copia d' istromenti dovesse giudicarsi il più degno della moderna filosofia, e per altro canto l' autorità de' migliori maestri cominciava da Celso a favorire un metodo che sotto apparenza di blandizie lusingava, e l' infermo, ed il medico, fintantocchè non si fosse sviluppata la fatale iritide, o la cateratta secondaria.

Come si potesse allora sperimentare.

§. 53. Or supponghiamo, che si venisse alle pruove dell'esperienza senza la cognizione precisa di tutte quelle regole, che solamente oggi sono determinate. Un taglio picciolo per causa degli occhi infossati, o dei ferri poco affilati, una contusione dell' iride nel precipitarsi della cateratta, una emorragia consecutiva, un' ernia, una suppurazione eccitata, o da irrequietezza dell' infermo, o da incuria degli assistenti, avrebbe tacitamente portata la rovina dell' occhio, e quando nò la fiducia mal calcolata nella natura, che dicevasi inclinata a *detruire les accompagnements* doveva portare la cateratta secondaria, senza che l' oculista nell' eseguire l' estrazione peccasse di manifesta imperfezione.

Opinioni contrarie anche nel volgo.

§. 54. In mezzo a tutti questi pericoli ad ogni tristo evento ci rimordeva la coscienza col proverbio di *aver voluta lasciar la strada vecchia per la nuova*, ed i compagni gridavano *al su-*

perbo, *al presuntuoso*, *all'originale;* i poveri infermi tremavano di paura sentendo parlare di estrazione, e di grandi tagli, e doveano aspettarsi ad ogni istante la crudele infiammazione attribuita dai maestri al nuovo metodo. Ed ecco per quali vie la forza dell'autorità, e la pubblica opinione ci costringevano a prendere il partito, che sembrava il più blando, e che poteva attirare a nostro favore non solo i professori di medicina; ma altresì gl'infermi, e così s'intende benissimo che non già per una mal calcolata prevenzione, nè per iscarsità di dottrine i più abili chirurghi doveano abbracciare l'antico metodo principalmente allorquando o per fortuna, o per somma agilità, e precisione avessero potuto raccogliere ne' primi esperimenti un sufficiente numero di felici successi, o momentanei, o durevoli.

Pericoli ai quali eravamo esposti.

§. 55. Se poi lasciate le prime pratiche, avessero tentata l'estrazione ad ogni tristo evento doveano disgustarsi e fuggirla come sperimento pericoloso. Ma per lo contrario dopo acquistata una certa abitudine all'abbassamento manca il coraggio necessario onde aprire con precisione la cornea, locchè si riconosce anche dalle annotazioni pubblicate dal Panizza, il quale volendo mostrare ai giovani un esempio di estrazione fatto il taglio, e conosciutolo troppo angusto ebbe la prudenza di ritirare gli stromenti per tentare poi l'abbassamento con maggiore vantaggio del suo infermo.

Fondamenti dell'attuale pratica.

§. 56. Ecco i principali argomenti dai quali ha tratto fondamento la mia pratica, sempre però dichiarandomi disposto ad abbandonarla allorchè migliori norme, e più sicure sperienze mi venissero insegnate dai colleghi, ai quali sottometto i fatti, e le esposte riflessioni, e chiunque vorrà con vittoriose osservazioni alla mano rispondermi darà una pruova al pubblico ed a me, ch'egli ama la verità più che gli amici, e sarà mai sempre commendevole se potrà per questo mezzo concorrere validamente ai progressi di un arte così utile.

CAPO XLVIIII.

Intorno alla cateratta vera complicata con atresia dell' iride.

§. 1. Nel dare la risoluzione de' precedenti problemi ho posto per ipotesi che la cateratta fosse o vera semplice o secondaria complicata coll' atresia, lib. II. pag. 233, o secondaria semplice, vedi più sopra pag. 124, ma non ho determinato le regole per la cateratta vera complicata con atresia, potrebbe adunque il lettore rimanersi dubbioso degli espedienti da prendere e rinnovare que' tentativi, che ho conosciuto pur troppo inutili, e dannosi; darò perciò quelle regole, che ho potuto finora giudicare le più acconcie in simili casi. Casi complicati.

§. 2. Nel primo libro pag. 251 ho di già pubblicato gli estratti di due storie di questo genere al n.° 6 e 7, e nel libro II. ho dato conto di un' altra cura simile (pag. 24 n.° 36). Inoltre ho parlato dell' origine, e delle forme di queste complicazioni nell' esporre la patologia delle atresie lib. II pag. 96 §. 71 e pag. 106. §. 41 e seguenti; restringerò dunque il mio discorso, alla diagnosi, ed alle regole da tenersi. Esempii già riferiti di questa complicazione.

§. 3. La cateratta potrà essere congiunta alle varie specie di atresia, e perciò talvolta si troverà complicata con sinizesi, altre fiate con ceratoscotesi, vedi Tav. XIV. Fig. 1 e 5. Qualunque volta l' atresia fosse totale riuscirebbe difficile la diagnosi, e l' oculista potrebbe restar nel dubbio se fosse semplice, oppure complicata. Qualità di atresia che si potrà osservare.

§. 4. Raro è il caso in cui la sinizesi sia perfetta, e quindi la pupilla rimanendo in parte libera lascia vedere la cateratta spuria, la quale suole rappresentare una membranella disposta a triangoli, che lega il margine pupillare tenendo il vertice attaccato a varii punti di esso margine, e la base sul centro della cateratta vera. In questi casi la cateratta spuria è trasparente in guisa tale, che al di sotto vedesi la tinta gialla, o perlina matta propria delle cateratte vere, e così l'oculista può riconoscer con certezza la cateratta. Forma della cateratta spuria, e trasparenza per riconoscer la vera.

§. 5. Similmente ne' casi di ceratoscotesi, purchè non vi sia la sinechia o la cateratta spuria, che chiuda la pupilla interamente Come si possa vedere la cateratta vera nella ceratoscotesi.

si potrà vedere la cateratta vera osservando l'occhio di fianco perchè sempre rimarrà aperta e visibile una porzione di pupilla anche dietro alla opacità della cornea. Vedi Tav. XIV Fig. 5.

Indizii, che si deducono dalla vista residua.

§. 6. Allorchè fosse assolutamente impossibile riconoscere lo stato del cristallino per cagione di un' atresia perfetta non resterà altro indizio, che il residuo grado della vista poichè se vi è l'igieneurosi l'occhio conserva in tutti i casi di atresia senza cateratta un notabile grado di distinzione, e potrà da vicino riconoscere molti oggetti, e molti colori anche pallidi, principalmente quando vi fosse la sinizesi semplice. Da ciò risulta che se ad onta dell' igieneurosi, l'uomo non potesse discernere altro se non chè la luce dalle tenebre, e stentatamente il bianco dal rosso; vi sarà ragione di sospettare, ch' esista oltre l' atresia anche la cateratta vera.

Casi manifesti e dubbiosi.

§. 7. Dal fin quì detto si raccoglie, che l'occhio potrebbe essere in uno stato di complicazione manifesta, oppure vi potrebbe essere un' atresia perfetta, ed allora si potrà aver indizio dell' esistenza della cateratta vera, ma sempre resteremo nel dubbio d'ingannarci; e la complicazione sarà dubbiosa.

Regola generale da tenersi ne' casi manifesti e dubbiosi.

§. 8. Qualunque volta vi fosse l' accennata complicazione è facile intendere che per ripristinare la facoltà visiva sarà necessario aprire la pupilla, ed anche praticare l' ecraxis, e ciò potrà farsi ad un tempo stesso; ma ne' casi in cui non sarà manifesta l'alterazione del cristallino si dovrà prima eseguire la coropeja per riconoscerne lo stato, e tentare se si possa conservarlo sano, e si verrà poi alla seconda, quando la prima operazione non sia stata sufficiente e sia divenuta manifesta la cateratta.

Metodo preferito dal Prof. Beer.

§. 9. Il prof. Beer opinava, che il miglior metodo ne' casi di questa complicazione fosse portare l' ago di Langenbeck attraverso alla cornea piantandolo verso l'angolo esterno, e facendo, che la sua punta consistesse nel passare attraverso a tutta la camera anteriore finchè giungesse alla periferia dell' iride verso il canto interno, ed infossare allora l'istromento sull'iride in guisa, che si staccasse da' legamenti cigliari, e nel tempo stesso faceva reclinare la cateratta sottoposta.

Due sperimenti infelici da me tentati.

§. 10. Io non dubito, che questo metodo sarà talvolta riuscito, ma avendone tentato due sperimenti in Ferrara l' uno nell' occhio destro di Giuseppe Petrarchini, ed un' altro in quello di Terenzio

Barbieri ho notato, che l' iride venne tormentata moltissimo dall' ago, che l' ifemia mi recava molta confusione, nè mi permetteva conoscere se la nuova pupilla rimanesse libera dalla cateratta, e questa risaliva ostinatamente per causa della sua aderenza coll' iride, dopo di che si manifestò un' iritide grave, che mi tolse il desiderato successo ad ambedue gli occhi.

Pruove sfavorevoli a questa pratica, e primi sperimenti tentati con altro metodo.

§. 11. A quest' epoca di già varie osservazioni mi aveano fatto conoscere i pericoli dell' abbassamento, e la molta facilità con cui l' iride si distende dopo la dialisi anche semplice e concorre a togliere il successo sperato; divisai dunque sperimentare l' ectomia, praticando subito dopo l'estrazione anteriore della cateratta. Questo progetto venne da me eseguito in Venezia in un occhio di Nicola Pasini, in un altro di Francesco Tullio, ed in ambedue quelli di Teresa de Este, ma tutte, e quattro le dette operazioni furono seguitate da iritide grave, ed atrofia con mio grandissimo dispiacere.

Varie riflessioni intorno alla pratica di analoghe operazioni.

§.12. Dopo questi casi infelici io volgeva nell'animo mille pensieri, e diceva a me stesso. In qual modo accade mai, che possiamo così felicemente praticare l' ectomia, ed anche l' estrazione anteriore, ma poi combinando le due operazioni ad un tempo istesso l'occhio non le sopporta! . . . Ciò mi recava tanta più meraviglia perchè io mi rammentava d' aver più fiate recisa una falda netta dell' iride nell' atto di aprire la cornea, e quella accidentale recisione, anzicchè recar danno all' infermo mi avea dato facilità di estrarre la cateratta, ed avea determinata una oftalmia traumatica moderatissima. Dalle quali riflessioni mi è sembrato giusto conchiudere che l' ectomia determinasse una tale attività morbosa nell' organo della vista, per cui quello non potesse dopo sopportare la seconda senza gravemente infiammarsi.

Metodo stabilito sui dati di sopra riferiti.

§. 13. Tali furono i dati, che mi guidarono a non più eseguire separatamente le due operazioni; ma a praticarle in un tempo solo, onde fare determinatamente ciò che più fiate erasi da me, e da tanti altri eseguito per casualità senza eccitare l' iritide grave, e così ottenni il desiderato sucesso attenendomi alle seguenti regole.

*

PROBLEMA X.

Dato un caso di sinizesi, e cateratta vera con igieneurosi praticare l'ectomia congiunta all'ecraxis in un tempo solo.

Reg. I. Si eseguirà il taglio della cornea dirigendo la punta del coltello sull' iride, e si attraverserà questa membrana deliberatamente passandovi il ferro di dietro in guisa che ne risulti una falda libera, e grande, come rappresenta la Fig. 2. Tav. XIV.

Reg. II. Quantunque il coltello nell'attraversare l'iride avesse squarciata ampiamente la casula s'introdurrà l'ago lanciato per la ferita della cornea, e per entro alla nuova apertura dell' iride, e si smuoverà con esso la cateratta dal suo posto, onde condurla fuori per la nuova pupilla; ma se vi fosse ifemia, locchè arriva di sovvente, si farà uscir fuori il sangue, innanzi di portare nell'occhio il cistotomo come è spiegato nel lib. II. pag. 158. §. 12.

Reg. III. Se la falda dell' iride recisa non fosse uscita fuori, o nell' atto di compiere il taglio della cornea, o nell' atto di tirar fuori i grumi di sangue; si potrà afferrarla mediante la pinzetta dentata, e portarla via. Il più delle volte essa non rimane attaccata all' iride, che per un breve tratto e basta una leggiera forza a compierne la separazione tirandola fuori mediante la pinzetta, se però fosse molto aderente bisognerà reciderla come ne' casi di ectomia vedi Tav. XIV Fig. 3., ma allora vi sarà pericolo, che l' operazione riesca lunga, e tormentosa.

Reg. IV. Fatta uscire la lente mediante il cistotomo rappresentato nella Fig. 4. e con qualche pressione moderata, si toglieranno i residui casulari, come ne' casi di estrazione semplice; ma per lo più il coltello avrà distrutta la parte centrale della casula anteriore nell' atto di recider l' iride, e quella uscirà fuori da per se medesima assieme colla cateratta, o colla falda dell' iride.

CAPO L.

Dilucidazioni delle regole da tenersi in questi casi.

§. 1. Quel tanto, che ho spiegato nella ecraxiologia serve a rendere intelligibili le regole ora esposte, ed a conoscerne l' utilità, sicchè non mi trattengo a dare ulteriori dimostrazioni.

Perchè non si dicono ulteriori spiegazioni.

§. 2. Giova per altro avvertire il lettore, che ne' casi di ceratoscotesi complicata si dovrà aprire la periferia della cornea verso quel luogo in cui trovasi la parte più sana di essa, come si pratica in tutti i casi di ectomia, e si dovrà immergere la punta del coltello nell' iride al più presto, e farla uscir fuori a notabile distanza affinchè l' apertura riesca grande quanto si richiede (vedi lib. I. pag. 14. e §. 55. lib. II. pag. 152 §. 2.) Le figure 6. e 4. della tavola XIV. servono a spiegare la forma del taglio, e della falda dell' iride.

Avvertenza da tenersi ne' casi di ceratoscotesi complicata.

§. 3. Ne' casi dubbii avendo riconosciuto il pericolo di eseguire un' operazione lunga, e distinta in due tempi consecutivi siccome ho descritto più sopra §. 11. pag. 129. ho invece stabilito per una regola fissa di aprire la pupilla per ectomia, e veduto ch' esiste la cateratta, mi sono astenuto dal progredire innanzi, ed estrarla; ma ho ricomposto l' occhio e messo a letto l' infermo, passati 20. giorni circa praticai l' estrazione anteriore colle solite regole, e mi riuscì allargare la nuova pupilla e squarciare la casula nell' atto di eseguire il taglio della cornea praticando in essa grandissima apertura, talchè la cateratta uscì con molta facilità, l' operazione fu di breve durata, e si ottenne successo felice.

Regole osservate ne' casi dubbiosi.

§. 4. Questa operazione venne praticata in clinica negli occhi di Luigi Maddalena, e di Matteo Gaglione perchè la sinizesi non mi permetteva di riconoscere le cateratte vere se non dopo l' ectomia, e vi erano indizj di complicazione desunti dai deboli gradi di vista residua, ma non vi era certezza.

Esempio di operazioni eseguite in caso di complicazione dubbia.

Successi ottenuti, e caso unico infelice.

§. 5. Dopo avere fissata la mia pratica sulle regole ora spiegate ebbi occasione di eseguire ben dieci volte l'operazione complicata di cui trattasi ed il buon successo non mi è mancato se non chè nel solo occhio sinistro di Santillo, il quale però ebbe la fortuna di ricuperare il destro dopo l'ectomia semplice, in questo caso il taglio dell' iride mi era riuscito picciolo, e la casula non essendo stata squarciata bastevolmente si nascose in alto nel momento dell'estrazione, e dopo si formò cateratta secondaria al sinistro ed atresia.

Prospetto delle storie raccolte nel mio giornale.

§. 6. Dal prospetto XVII. si potrà conoscere, che le altre nove operazioni complicate ebbero sucesso felice, e lascierò al mio lettore investigare per qual ragione in casi tanto difficili, e complicati i sucessi sieno stati felici, come lo furono dopo quelle operazioni di cui ho dato conto al capo XXXI. §. 13. ed al capo XLVII. §. 4.

PROSPETTO N.° XVII.

Che riguarda i casi di Cateratta vera complicata, e curati in conformità del Problema X.

ANNO	NOME E COGNOME	LUOGO dell' ESERCIZIO	QUALITA' DELL' ABBASSAMENTO	ESITO
1816	Giuseppe Gatta	In clinica	Ceratoscotesi, e caterat. vera manifesta all' occhio destr.	Tagli ad un tempo solo. Felice al destro.
id.	Angelo Santillo	*idem*	Sinizesi e cateratta palese al sinistro. Sinizesi al destro.	Taglio picciolo, e cater. secod. al sinist. inutile. Felice ectomia al destro.
1817	Carlo della Santa	*idem*	Sinizesi, e cateratta manifesta al destro.	Tagli ad un tempo solo. Felice il destro.
1819	Cav. Barella Console di Alicante	In casa propria	Sinizesi, e cateratte manifeste ad ambedue gli occhi.	Tagli ad un tempo solo in ambe gli occhi. Felici ambedue.
id.	Pasquale Mionico	*idem*	Sinizesi, e caterat. al destro. Sinizesi semplice al sinist.	Tagli ad un tempo nel dest. Felice il destr. Inutile ectomia al sinistro.
1821	Gennaro Aprile	*idem*	Sinizesi, e cater. vera al dest. Cateratta fosca al sinistro.	Felice al destro ma nervi deboli. Buono ma si sviluppa sinizesi lenta al sinistro.
id.	Luigi Maddalena	*idem*	Sinizesi e cater. vere dubbie ad ambedue gli occhi.	Ectomia felice. Indi estrazioni ad ambedue. Felici dopo due mesi.
1823	Matteo Gaglione	*idem*	Sinizesi, e cateratta dubbia all' occhio destro.	Ectomia, e poi estrazione anteriore al destro in altro tempo. Felice il destro.
	Nella stessa persona		Cateratta vera semplice al sinistro.	Cateratta secondaria al sinistro.

Operazioni complicate n. 10. Inutile una, felici nove.
Quelle di Maddalena e Matteo Gaglione vennero praticate in due tempi molto lontani.

SUPPLIMENTO.

In cui si espone la storia de' varj metodi usitati onde curare la cateratta.

La storia di Sprengel si dà in compendio e si dirige a provare l'utilità dell'estrazione.

§. 2. Dopo l' erudito lavoro mandato in luce dal celebre Sprengel, (veggasi la prima parte dell' opera intitolata istoria delle principali operazioni di chirurgia) nulla potrei aggiugnere se non chè raccoglierò in maggior compendio le notizie da lui pubblicate prendendo di mira il rapporto, che quest' arte ha tenuto coi progressi delle scienze mediche, ed avrò cura di convalidare le dottrine da me adottate risultando dalla storia medesima una valida pruova a favore dell' estrazione.

Antico uso dell'abbassamento e pratiche usate in Alessandria secondo Celso, e Galeno.

§. 2. È facile convincersi, che la pratica dell' abbassamento fosse in uso molto prima del secolo di Augusto, ma dai più eruditi medici, che scrissero di que' tempi si ricava, ch' era per le mani di uomini puramente empirici per lo più ciarlatani, ed assicurano, che questa operazione fosse in uso anche in Alessandria al tempo degli antichi Re, poichè venne allora ammirato un certo Filossene di cui parlano Celso, (*a*) e Galeno (*b*), il quale usava l' abbassamento.

Cornelio Celso il primo descrive questa pratica.

§. 3. Noi dobbiamo, ciò nondimeno un tributo di lode a Cornelio Celso, il quale ci descrive per la prima volta l' abbassamento, e vi porta una mirabile precisione, tanto più giudicata meravigliosa da coloro, i quali credono non esser egli stato medico, nè chirurgo, e certamente non oculista di professione.

L'estrazione vien descritta da Paolo Egineta.

§. 4. I primi cenni dell'estrazione anteriore si trovano registrati nell' opera di Paolo Egineta lib. III. capo 22. ove parla di un certo Antillo, che viveva nel primo secolo dell' era volgare, e la descrizione di questo metodo venne poi chiaramente riferita nell' opera di Rhazes, il quale dà conto di Latirione, che

---

(*a*) Cornelio Celso lib. VII. pag. 337 ediz. Targ.
(*b*) Galen de parte artis medic. cap. 2. pag. 16.

attenevasi al metodo usitato prima dall'Antillo, ma in generale si raccoglie dagli scrittori dell'antichità che generalmente praticavasi l'abbassamento così in Grecia, come in Alessandria, ed a Roma. Questa pratica venne addottata anche dagli Arabi degli ultimi secoli, poichè furono in tutto pedissequi de' Greci, i quali sono stati i veri maestri del mondo non meno allorchè erano padroni, ma anche dopo essere stati soggiogati dai Romani, tanto è vero che il sapere è l'ultima ricchezza, che i conquistatori possano rapire.

Ippocrate non descrive queste operazioni.

§. 5. Non è facile determinare l'epoca in cui sieno stati inventati i due metodi, ma si può credere, che al tempo degli Eraclidi non fossero cogniti, poichè l'immortale Ippocrate non li descrive, e si potrebbero attribuire al bel secolo della Grecia, se non chè una classifica scoverta in un tempo in cui fiorivano tanti scrittori e Filosofi sarebbe stata segnata a caratteri indelibili, e si sarebbe allora onorato lo scopritore. È dunque probabile il credere, che tale pratica fosse in uso da tempi immemorabili, e che poi essendosi resa più commune per l'avanzamento dell'industria venisse degnamente registrata da Celso prima, e dopo da Galeno, e da Paolo Egineta

Imperfezione dell'oftalmiatria, e cause di questa ignoranza ne' tempi antichi.

§. 6. L'oscurità in cui si trovavano i fisici negli antichi tempi riguardo alla struttura di molti organi, ed alla natura delle malattie anche organiche, faceva sì che fossero egualmente all'oscuro sulla natura della cateratta, ma dominarono pregiudizj tanto gravi fra gli uomini dell'arte, che per lunghi secoli si avvisarono essere cosa disdicevole ad un uomo culto, ed erudito discendere alla pratica delle operazioni di chirurgia. Per l'influsso delle accennate cagioni i buoni medici si tennero lontani dall'esercitare una pratica utile, ed illuminata, e lasciarono a degli uomini arditi la pratica delle più dilicate operazioni, talchè in Alessandria, in Atene, ed in Roma l'arte dell'oftalmiatria si rimase quasi bambina per le mani di uomini puramente empirici, e quasi per tradizione nella seconda epoca di Alessandria si diffuse per l'Egitto, e nell'Asia. Ma ad onta della protezione, che accordarono allora i Califi agli studj medici, pochi progressi fece questo ramo di sapere per causa degli esposti motivi e Rhazes, ed Avicenna quantunque parlassero

a lungo su questo argomento poco si allontarono dai precetti di Celso; fuorchè questi maestri parlarono della pratica usata da taluni fin d'allora di estrarre la cateratta per la cornea, e descrissero l'uso di due aghi l'uno acuto, l'altro ottuso, onde eseguire l'abbassamento. Invenzione la quale doveva trarre la sua origine dall'idea di reclinare intera la cateratta.

In Italia verso il medio evo si coltivarono i buoni studj.

§. 7. Avvicinatasi l'epoca del medio evo le belle arti, e le scienze passarono dall' Egitto, e dalla Grecia in Italia, e gli studj medici incominciarono a fiorire; perchè essendo ormai state richiamate le muse sotto il nostro bel cielo, incominciavano i buoni studj. Ma in que' tempi i dotti si occuparono a svolgere i codici de' greci, e de' latini, e troppo ciecamente si abbandonarono alle autorità, e le opinioni de' greci, e degli arabi che dominarono le scuole, sopratutti Avicenna ebbe in sorte di regolare le scuole mediche di Europa per sei interi secoli.

Gusto della dialettica, ed autorità che dominarono le scuole.

§. 8. Insinuatosi presso i migliori maestri il gusto per la dialettica, e la forza delle autorità preso avendo luogo di dottrina, lo spirito umano restò lungamente inceppato, ed incerto, e l'arte nostra partecipava dell' imperfezione di tutta la medicina e delle scienze fisiche rimanendosi tuttora fra le mani de' ciarlatani, e talmente ignoravasi la natura della cateratta, che i migliori maestri la riguardavano come una membranella discesa dall'alto ad occupar la pupilla. Introdottasi fin dagli arabi questa opinione nelle scuole di medicina venne poi sostenuta da Guglielmo da Salicetto, e da Guidone Choliac, e venne così generalmente ricevuta, che la pratica dell'estrazione fu riprovata dai dotti, quantunque molti oculisti laici la eseguissero con successo, e venne abbandonata alle lor mani poichè non voleano i sapienti, nè comparire meccanici agli occhi del pubblico, nè esporre il loro nome fra l'incertezza de' successi

Verso il XVI. secolo si prendono ad esame le teorie.

§. 9. Però all' epoca del secolo XVI. s'incominciavano a prendere in serio esame tutte le teorie, che aveano rapporto coi nostri studj, e vennero discusse le opinioni sulla vera sede della cateratta.

Opinioni di Coiter e di Acquapendente sui fenomeni delle operazioni.

§. 10. Woleker Coiter sostenne fin da quel tempo che gli umori degli occhi i quali fossero perduti nel praticar l'estrazione si doveano riprodurre. Fabrizio d'Acquapendente sostenne con vigore, che l'ago doveva agir sul cristallino, e distruggerlo.

§. 11. Ma anche in questa età i più dotti non fecero altro che attenersi agl' insegnamenti di Celso e di Avicenna, talmentecchè Ambrogio Parco, Pietro Franco, Giorgio Bartisch, e Durante Scacchi non d'altro si occuparono se non di eseguire qualche abbassamento sempre con molto timore e vacillando fra mille incertezze; ed il Bartisch, già nel 1583 nella sua ophtalmodulcja pubblicata a Dresda si lamentava delle troppo frequenti operazioni infruttuose, così Fabricio Hldano, ed il Vigier, che si attennero al metodo Celsiano, e similmente lo Sculteto, il quale sebbene fosse uno de' più dotti, e famosi maestri di chirurgia de' suoi tempi, confessava di avere molto ribrezzo per questa operazione a motivo della difficile riuscita.

Incertezza sperimentata da molti verso il 1600.

§. 12. Finalmente verso la metà del secolo XVII. appoggiatosi il Mariotte sulle dimostrazioni recate innanzi da Francesco Quarrè pubblicò, che il cristallino esser doveva la vera sede della cateratta, ed il Rolfink nella dissertazione anatomica lib. 1. cap. 13. lo stabilisce con tutta evidenza, così Pietro Brisseaux al cadere di quel secolo dimostrò la cosa con evidenza ne' cadaveri di coloro, che erano morti avendo la cateratta, per le quali dimostrazioni restò annullata l'opinione che il cristallino fosse la sede immediata dell' organo della vista.

Opinioni di molti sulla vera sede della cateratta, e sulla sede dell'organo della vista.

§. 13. Anche il Maitrejean nel 1682 si dichiarò convinto che la cateratta fosse propriamente il cristallino opaco; ma il de La Hire, ed il Gastaldy riprodussero le antiche opinioni, sicchè da ultimo Gio: Batista Morgagni fu quello che pose termine alle contese conducendo la cosa all' ultima evidenza col suo fino criterio.

Opinioni di Maitrejan, e de' suoi oppositori.

§. 14. Cristoforo Gio: Enrico Freytag praticò intanto una parziale estrazione laterale in Zurigo fin dall'anno 1694. siccome 17. anni dopo ci venne riferito da Gio: Muralt; ma egli contentavasi di tirar fuori la casula mediante un ago ad uncino, e l' apertura ch' eseguiva nella sclerotica non poteva bastare a tirar fuori il corpo cristallino, però il di lui stromento era troppo imperfetto a quest' uso, quantunque somigliasse ad una pinzetta, ed essendo picciolo non poteva servire ad altro sennonchè a tirar fuori la casula, ch' egli cercava di avvolgere, e condur fuori; nè molto dissimile da questo era lo stromento posto in uso dal Woolhouse, il quale riguardava la cateratta, come una semplice membranella.

Primi tentativi dell'estrazione laterale in Zurigo.

Riflessioni di Maitrejean e di altri.

§. 15. Antonio Maitrejean sostenne, che la cateratta doveva deprimersi mediante un ago a lancia, dimostrato avendo, che quella perchè era convessa in molte sue parti sfuggir deve dall' ago conico, o cilindrico, ed osservò il tremolio del vitreo sfuggito fino allora a tanti oculisti. Alberto Federico Chapuseau conobbe la cateratta casulare, e giudicandola molto frequente ci propose un' ago fatto a pinzetta.

Epoca in cui Bernardo Albino pose sicuri fondamenti.

§. 16. Ma siamo giunti all' epoca in cui i più sicuri fondamenti dell' arte nostra, ed una maniera di giudicare dotta, e ben ponderata venne esposta al pubblico da Bernardo Albino mandando egli in luce la sua memoria stampata l' anno 1695. a Francfort sull' Oder, la quale è degna di quel grande Filosofo, ed anatomico, ch' egli era, e forma un epoca memorabile per l' arte.

Estrazione anteriore usata in Torino, ed in Olanda.

§. 17. Frattanto un certo Loterio in Torino, ed il sig. Howen in Olanda praticarono l' estrazione anteriore con mirabili sucessi verso l' anno 1709. se non chè il primo aveva una riputazione ristretta in poche provincie, ed il secondo per quel genio speculativo de' suoi compatriotti faceva un mistero del suo metodo. Quasi all' istessa epoca Francesco Pourfour du Petit praticò l' estrazione dopo l' abbassamento in que' casi ne' quali sotto il maneggio dell' ago il cristallino era caduto nella camera anteriore, e di nuovo sorgevano dispute fra i professori perchè aveano trovato la cateratta membranosa, ed altre fiate riconoscevano il corpo della lente anche nella semplice pratica dell' abbassamento.

Estrazione usata per le cateratte molli.

§. 18. Da questi tempi era stata addottata l' opinione che si dovesse aspettare l' epoca della maturità, e venne questa combattuta da Antonio Le Moine e da Benedetto Duddel, che trattò molto accuratamente dell' abbassamento, e che prima del 1629. praticava l' estrazione anteriore ne' casi di cateratta molle.

Taylor ebbe gran nome, e seguitava gl' insegnamenti di Petit.

§. 19. Circa il 1730. il Taylor ebbe un' epoca luminosa fra i migliori oculisti, ed esercitava l' arte, e ragionava secondo le dottrine insegnate dal Petit; egli avea conosciuta a quest' epoca la pratica della ceratonisi, ch' eseguiva promiscuamente, ed usava talvolta anche l' estrazione anteriore, se la cateratta fosse stata picciola, o molle. Chiunque avrà letto più sopra intenderà perchè il Gunz sostenesse, che l' ago tanto acuto non era oppor-

tuno; ma il Duddel, come ancora F. Heistero, e C. F. Eischembach fecero conoscere che moltissime volte erano riuscite infruttuose anche le operazioni da esso lui praticate.

§. 20. In seguito Samuele Sharp, e Zaccaria Platner scrissero colla dovuta precisione scientifica sull'abbassamento della cateratta, e distrussero l' idea della maturazione, ed il primo si occupò dopo alcun tempo di render più semplice il metodo di Dawiel.

Lavori di Sharp e di Platner sulla maturità, e sui due metodi.

§. 21. Il Platner raccomandava di già a quei tempi l' uso di un ago colla punta alquanto larga, e voleva che questo si piantasse a molta distanza dal confine della cornea; suggerimenti utilissimi ambedue riprodotti dai moderni medici Hey, e Bowen, sì per meglio dominare la cateratta, come anche per lacerarla senza recar contusione alle membrane dell' occhio.

Il Platner avea insegnato le pratiche riprodotte dai moderni per l'abbassamento.

§. 22. In mezzo alle pratiche de' due metodi, alle varie modificazioni di questi, ed alle molte opere scientifiche, le quali di continuo si pubblicavano, comparvero in luce gli scritti di Cratone Keck, di Teodoro Sproegel, di Pietro Idema, di C. F. Nibe, e Giovanni Righellini, opere tutte lodevolissime; ma non mai comparabili alle memorie che il celebre Petit pubblicò negli atti dell' accademia delle scienze di Parigi nelle quali per la precisione a cui venne ridotta l' anatomia dell' occhio, e per la giustezza de' principj, e delle opinioni egli ha dimostrato penetrazione acutissima, sapere profondo, e vedute vantaggiose alla pratica; talchè meritò d' esser chiamato il maestro de' dotti.

Molte opere comparse in luce e memori del Petit.

§. 23. Comparve intanto Giacomo Dawiel, il quale mettendo a profitto i lumi de' più grandi maestri, praticò ordinatamente, ed appositamente ciò che avevano usato di fare per caso il Petit, il Saintyves, e varj altri, i quali nell' eseguire la depressione avendo spinto il cristallino nella camera anteriore, si erano poi determinati a praticarne l'estrazione, e ciò venne eseguito con felice esito, come ho pur io osservato vedi capo XLVII. pag. 194.

Dawiel seguitava le pratiche di Petit e formò un nuovo metodo.

§. 24. Il valente Olandese determinò adunque le regole, e rese generale la pratica dell' estrazione per tutti i casi di cateratta. Consisteva il metodo usato da Dawiel nel passare un ago lanciato attraverso alla cornea penetrando dal suo margine inferiore fino verso il centro della pupilla, e ritirato questo, egli introduceva pel

Metodo da lui usato.

medesimo foro un'altro ago ottuso, e largo che il dilatasse, e dopo le sue eesoje curve mediante le quali allungava il taglio nella periferia della cornea; così a destra, che a sinistra finchè fosse riuscito eguale a due terzi della sua lunghezza. Ecco che quel grande maestro aveva già conosciuta la necessità di eseguire una grandissima apertura della cornea.

Trattamento della casula.

§. 25. Indi la sollevava mediante una spatola, e lacerava la casula col cistotomo lanciato usitato anche al presente, e mediante leggiere pressioni faceva uscire la lente, e toglieva colla spatola i residui di casula impiegando un cucchiajo o curetta per toglier via le parti che fossero molli.

Riputazione acquistatasi, e primi sperimenti del nuovo metodo.

§. 26. Questo maestro venne dunque da tutti, e principalmente dai dotti francesi proclamato, ed ammirato; come inventore del nuovo metodo. Chiunque sà qual voga prendessero in Francia le scienze a quell' epoca, e come giustamente la chirurgia francese venisse apprezzata da tutte le nazioni d' Europa, concepirà a qual grado di riputazione salisse quell' abile professore il quale già nel 1752. dà conto di 206. operazioni la maggior parte felici, poichè la perdita non arriva alla ragione del 12 per cento, cosa che avrebbero dovuto tener di mira molti de' nostri moderni, i quali si mostrarono contenti di un successo inferiore, e con filosofica sincerità, egli dà conto così de' buoni come de' successi infelici.

Modificazioni del Pallucci, e del Siegward.

§. 27. In seguito il Lafaye tentò ridurre il nuovo metodo a quella semplicità, che tanto era allora desiderata nella chirurgia, e fece il taglio della cornea usando un semplice coltello, poi lacerava la casula mediante un cistotomo nascosto entro una canula piatta, che veniva spinto fuori per l' urto del dito, e che poi retroeedeva per la forza di un filo di ferro spirale, ma in tutto il resto regolava egli l' operazione come il Dawiel.

Altri seguaci del nuovo metodo

§. 28. Questo metodo venne ben tosto abbracciato dal Poyet dal Pope, Durand, Grandjean e tanti altri, ognuno de' quali volle portarvi delle modificazioni, e cercò togliere quegl' inconvenienti che parevano loro i più gravi; ma principalmente si occuparono di stromenti destinati o a fissar l' occhio, o a traforare la cornea per forza di qualche molla; ordigni, che tutti si dovettero ab-

bandonare perchè recavano maggiori pericoli di quelli, che si voleano evitare

§. 29. Dopo i citati maestri sembra, che il barone di Wenzel col suo penetrante ingegno portasse quel metodo alla desiderata perfezione, avendo posto in uso di lacerare la casula collo stesso coltello da cateratta innanzi di compiere la punzione senza adoprare verun altro stromento nella massima parte de' casi, e tanto egli riuscì felicemente coll' estrazione, che giammai si son vedute concorrere tante persone a farsi curare per quante ne venivano da lui, di modochè in Parigi ed anzi per tutta la Francia sono cognite, e provate le numerosissime guarigioni ottenute da questo capo scuola.

Grande riputazione, e pratiche di Wenzel.

§. 30. Frattanto il Morand che aveva adottato il nuovo metodo imitando il maestro de' suoi tempi anche nell' addottata massima di istituire una serie di sperimenti, e pubblicarne i sucessi, notò che in dodici casi cinque ricuperarono la vista perfettamente, e due men perfettamente; essendo state eseguite le estrazioni, o per mano sua, o del Lafaye, ed il nuovo metodo andò sempre più diffondendosi ad onta di moltissime opposizioni pubblicate da Nicolò Giuseppe Pallucci, dal Righellini, dal Gentil, e da tanti altri. Bentosto il Siegward mostrò gli errori del Pallucci, ed esaminò con molta equità la pratica di Dawiel, e Giacomo Renat Tenon è stato in allora uno de' più felici pratici, e fermo sostenitore dell' estrazione.

Sperimenti di Morand, e La Faye.

§. 31. Zaccaria Vogel credè perfezionare il metodo usando un coltello concavo convesso, nell' idea di poter così evitare l' offesa dell' iride; ma in quella proposta non si era calcolato nè la mollezza delle parti, nè l' effetto delle contrazioni, che rendono vane talune precauzioni, però s' avviddero ben presto i pratici che un tale istromento non può tagliar bene perchè il coltello deve tagliare come una sega, ed una sega curva taglierebbe a stento.

Coltello concavo usato dal Vogel.

§. 32. Ad onta di tutte queste pratiche usate in Francia, ed in Germania; Angelo Nannoni volle attenersi strettamente al metodo Celsiano, e fu in Italia pel suo sapere, e pel suo vero merito un autorevole oppositore al metodo nuovo combattuto per altro da Gio: Giacomo Lodovico Hoin chirurgo di Digione, sen-

Opinione del Nannoni a favore del metodo Celsiano.

nonchè a quest' epoca molti de' nostri pratici studiarono a Montpellier, ed a Parigi con protezione de' Sovrani d' Italia per diffondere ovunque le norme della chirurgia francese, e così si propagarono le felici dottrine, e gli utili insegnamenti dati in Napoli dal celebre professore Troja, a Roma da un Sisco, e da un Flajani, a Venezia dall' Astolfoni, e dal Tonon, a Bologna dal professore Atti, ed a Torino dal Rossi, i quali tutti usarono la pratica dell' estrazione anteriore imparata dalla scuola francese, e contemporaneamente in Germania si elevarono a favore del nuovo metodo. Ger. Haaf, e Giorgio Enrico Troschel, ed in Edimburgo ne fu grande sostenitore Tommaso Joung, il quale pubblicò di aver praticato sei operazioni consecutive tutte con esito felice, e Giacomo Lodovico Schürer adoprò le forbici di Dawiel con grande fortuna, anche Olof Acrel nella Svezia dimostrò i vantaggi del nuovo metodo, e gl' inconvenienti del metodo di abbassamento tanto raccomandato allora dal Ferrein, e sostenuto da Giuseppe Wahlborn; ma dovunque sorgevano dispute, ed oculisti di varie opinioni, e la pratica del nuovo metodo diffondevasi per tutte le migliori scuole di Europa.

Modificazioni portatevi da taluni altri.

§. 33. Il signor Berenger addottò anch' egli il nuovo metodo, se non chè apriva le palpebre mediante una spattola d' argento, fissava l' occhio mediante un uncino, ed impiegava un coltello colla punta allungata. Gio. Colombier stimò poter addattare i metodi alle varie specie di cateratta. Gio: Federico Reichenbach si attenne con precisione al metodo di Dawiel, il quale benchè sembri molto complicato ha notabilissimi vantaggi, poichè l' apertura della cornea fatta per gradi riesce di una giusta misura.

Cangiamenti proposti dal Guerin.

§. 34. Il Guerin menò molto rumore proponendo un coltello a scrocco spinto da una molla per tagliare la cornea ed incominciando a proporre, che si abbandonassero le pinzette, e che si squarciasse la casula lasciando alla natura i così detti accompagnamenti, ossia residui casulari, la qual pratica è di grave pericolo siccome ho dichiarato più sopra pag. 87. §.2, e per prova di ciò egli riferiva di aver ridonata la vista anche praticando una semplice puntura nella casula, e pretendeva che fosse rimasta sana, ed intatta la lente, e che quella cateratta da esso vuotata si dovesse attribuire

unicamente all' umore del Morgagni. Per quanto ho potuto riconoscere da varj casi di tal natura ciò osservasi nelle cateratte per atrofia in cui la lente sia stata assorbita, e non si ritrovi più dentro la casula se non chè un umore biancastro, il quale esce appena squarciata ; ma vi è probabilità , che quella ricada nel lume della pupilla , e formi una cateratta secondaria. Molti esempi mi persuadono che se la lente esistesse ancorchè sana , appena rotta la casula uscirebbe dal suo posto , e scompaginatasi diventerebbe opaca nel termine di pochi giorni. Su questi dati mi conviene credere che nel suo sperimento il Guerin abbia trovato una lente fusa per atrofia, ed una casula molle, la quale siasi scompaginata al primo urto dell'istromento, ma questi casi sono rari, e quando pur si trovasse l' organo cristallino in tale stato la paralisi accompagnerebbe quasi sempre questo difetto.

§. 35. Circa l' anno 1770. cominciò un' epoca luminosa per l' oftalmiatria in Germania , poichè il metodo di Dawiel è stato semplificato, sviluppato , e posto felicemente in pratica per opera dell' immortale Augusto Gottlieb Richter chiamato giustamente il padre della chirurgia Allemanna, ed il suo trattato su questa operazione pubblicato a parte in una memoria stampata a Gottinga l'anno 1776 e compreso anche ne' suoi elementi di chirurgia basterebbe a formare un buon oculista, ed è tale che oscura le opere, che lo hanno preceduto , e molte altre de' nostri contemporanei, egli però sembra inclinare pel metodo Celsiano ; ma non determina la quistione che riguarda il valore de' due metodi. Pratiche luminose tenute da Richter.

§. 36. Frattanto l' allievo più fortunato del Barone Wenzel scioglieva coll' esperienza tutte le obbiezioni possibili contro del nuovo metodo , intendo parlare del Prof. Barth, il quale eseguiva l' estrazione anteriore con tanta fortuna , che in Vienna si elevò al di sopra di tutti i pratici del suo tempo per questo ramo, e non solamente in tutte le parti dell' impero Germanico egli veniva ammirato, ma altresì nell'Olanda, e nella Gran Brettagna era ricercatissimo perchè il successo delle di lui operazioni era provato da mille sperienze , e se riguardasi il numero degli oftalmici , che ricorrevano a lui , e gli onori che ha saputo meritare si può dire , che dopo Wenzel egli è stato uno de' primi oculisti di Pratiche del Barth.

Europa, nè poche dottrine si acquistò il Prof. Beer vivendo seco lui per molti anni, onde penetrare, rettificare, e mettere in piena luce le regole da esso tenute in que' tempi ne' quali era costume di molti dotti coprire l' arte nostra di un profondo mistero.

Antico metodo riprodotto da Pott; e da altri.

§. 37. In questa medesima epoca Percival Pott rimise in credito l'antico metodo dell'abbassamento appoggiandosi alle dottrine anatomico-fisiologiche dell' assorbimento, che operar debbono i linfatici, dottrine in grandissima voga presso i dotti, perchè i linfatici allora solo si cominciavano a riconoscere, come formanti un sistema generale, e l' opinione che bastasse rompere, o allontanare dal suo posto la lente per vederla distrutta venne appoggiata da un' osservazione del Marchand, il quale dopo la depressione venuto a praticar l' estrazione di una cateratta secondaria non trovò più lente, ma soltanto la casula.

Il Janin continuava a praticare l' estrazione e fece progredire l' arte.

§. 38. Gio: Janin ciò non di meno sosteneva a Lione, e per tutta la Francia il coraggio degli oculisti intraprendenti, e dotti; poichè riuscì fortunato mediante l' estrazione in qualunque specie di cateratta, e diede un luminoso avanzamento alla pratica della corotecnia, egli insegnò di tagliar via mediante le forbici la casula troppo aderente alla jaloidea, e raccomandò, che si aprisse per ben due terzi la cornea nella periferia. Il giusto sapere di quel felice ingegno, la pratica fortunata, e la profonda dottrina di un così grande maestro non avrebbe meritato neppure quel rimprovero, che taluni hanno creduto potergli fare, di aver peccato qualche volta per un sovverchio ardire. Non era questo, che risultamento di rara penetrazione, e di un giusto calcolo, il quale deve riguardarsi come un illuminato coraggio, spesso guidato dal genio per la riuscita delle difficili imprese.

Richter praticò molto sovente l' estrazione.

§. 39. Il sullodato Richter avea praticata così di sovvente l'estrazione ed avea lasciata così indecisa la quistione, che Giuseppe Hellman, e Gisberto de Vitt vollero imitarlo praticando questo metodo in varj paesi della Germania, e lo imitò il Lobstein, il quale volle riprodurre l' uso del coltello convesso al di fuori, e piatto al di dentro già usato da Zaccaria Vogel; ma anche in Francia seguitarono le stesse dottrine il Durand ed il Grandjean, che praticarono felicemente l'estrazione verso quel tempo.

§. 40. Poco furono allora ascoltate in Germania le voci elevatesi da Gio: Federigo Henckel, e da Giuseppe Morenheim, i quali esageravano l' utilità dell' abbassamento, ma il Mursinna, il Casaamata ed il Sommer ebbero grandissimo nome di oculisti seguitando le pratiche insegnate dal Richter e da Lobstein riguardo all' estrazione anteriore. Il Morenheim, e l' Odellio pubblicarono a quest' epoca varie osservazioni sulla cateratta aderente all'iride, e di simili osservazioni se ne trova pure una pubblicata dall'abile fisiologo, e chirurgo Probascka tendente a dimostrare, che la cateratta secondaria dipende talvolta non dalla casula, ma da una membranella situata dinanzi a quella, e aderente coll' iride, locchè siccome ho dichiarato nel libro II. pag. 87. §. 33. può ripetersi da linfa versata sulla membranella acquea dalla superficie dell'uvea nel corso dell' iritide.

In Germania poco sono stati ascoltati i seguaci dell' abbassamento allora,

§. 41. A questi tempi era così diffusa in Francia la pratica dell' estrazione, che il Pellier ebbe a dire, essere andata in disuso la depressione, e si elevò contro l' autorità di Pott cotanto favorevole a questo metodo facendo conoscere di aver posta in uso la pratica dello Sharp poichè avea addottato il medesimo coltello, ed anche il costume di lacerare la casula nell' atto della punzione, pratica destramente usata dal Barone di Wenzel secondo quel tanto, che ci fece conoscere suo nipote nel 1783.

In Francia erasi abbandonato l'abbassamento.

§. 42. Ormai la nuova pratica si era diffusa fra noi ed oltre i varii professori lodati più sopra pag. 232., Gio: Bartolozzi eseguiva il nuovo metodo in Verona con molto successo e promulgò per l' Italia l'utilità di questa pratica.

In Italia il Bartolozzi si distingueva a favore dell' estrazione.

§. 43. Il Siegerist oculista a Gratz nella Stiria raccomandò l'uso d' un coltello, il quale non è certamente da disprezzarsi; consiste questo in un ago lanciato posto all' estremità di un coltello da cateratta, che offre il vantaggio di poter lacerare bene la casula pria che la lente venga rimossa dal suo posto per via di contrazioni e serve a formare un taglio di giusta misura (*a*): sembrami che pel timore di romperlo, o per altre ragioni non bene calcolate

Coltello di Siegerist abbandonato di leggieri.

(*a*) Beschreibung des Staarnadelmesser und Gegenalters Wien 1784.

questo sia stato troppo facilmente posto in non cale, ed anche Gionata Wathen ad onta delle proteste del celebre Pott si attenne in quel tempo al metodo del La Faye.

Il trattato di Bell non piacque in Germania

§. 44. Il trattato di Beniamino Bell non ebbe la stessa fortuna in Germania, come in Inghilterra essendo stato preceduto da quello del Richter, e si notarono molte imperfezioni nella sua descrizione de' due metodi. Quanto alla scelta, egli lascia ancora molta libertà o piuttosto incertezza. È però cosa degna da esser notata ch' egli fa un cenno del metodo laterale di estrazione, e dice averlo anche sperimentato sui conigli, ma l' istromento proposto per l' estrazione non essendo, che un largo uncino non sembrami addattato, principalmente se la casula fosse tenace e membranosa. Questo metodo è stato poi tentato dal Dottor Hearle in Inghilterra siccome vien riferito nella biblioteca oftalmologica de' professori Schmidt, ed Himly, ma neppure la pinzetta immaginata dal medico inglese sembra poter riuscire proporzionata al bisogno, e s' egli è stato fortunato poteva esserlo unicamente in qualche caso di atrofia del cristallino, o in caso di cateratta secondaria membranosa, o nelle cateratte albuminose molli; mentre la sua pinzetta non corrisponde alla forma delle cateratte solide, nè sembra ch' egli praticasse un taglio proporzionato al loro volume.

Tentativi del metodo laterale caduti in obblio.

§. 45. Queste prime idee, ed i tentativi de' chirurghi inglesi sul metodo laterale furono per tal modo trascurati, che soltanto tre anni dopo aver messo in pratica questo metodo e molto tempo dopo aver letta una memoria alla società medica di Bologna su questo argomento venni in cognizione de' loro tentativi.

Gleize e Demours eseguirono l' estrazione felicemente

§. 46. Gleize nel suo trattato, che ha per titolo *Nouvelles observations pratiques* non fa che riprodurre l' abbandonato abbassamento, e poco aggiugne alla pratica dell' estrazione tenuta dal Demours, il quale la eseguiva con molta fortuna, e si meritò fama di oculista valentissimo.

Opinione di Rowley per conservare gli umori.

§. 47. Guglielmo Rowley è stato un' altro seguace dell' estrazione già praticata dallo Sharp, e da molti de' suoi colleghi, egli però ha giudicato essere di grande utilità, che si tenesse a supino l'infermo nell'atto dell'operazione per non far cader fuori

gli umori, ed è probabile, che questo suggerimento abbia dato l'idea al nostro Santorelli di aprire la cornea nella parte superiore, operazione pubblicata da quel professore in Vienna l'anno 1795. vale a dire cinque anni dopo comparsa l'opera del citato inglese, e quando il nostro italiano ritornavasi da Londra.

§. 48. Riguardo a questa pratica ho più sopra dichiarato pag. 154. che gli umori escono per forza delle contrazioni, e che l'apertura eseguita in alto riesce molto pericolosa, e difficile a trovarsi per adoprare gli stromenti sulla la cateratta; ma non di meno sotto altre vedute e con molte modificazioni ricomparisce ora a Vienna quel metodo per opera del valente Dottor Federigo Jäger, quale ha fatto conoscere, che il taglio superiore talvolta guarisce con mirabile facilità venendo mantenuto il lembo della cornea al suo posto assai facilmente dalla palpebra superiore. Non di meno io reputo che questo metodo non potrà rendersi generale, nè potrà dare gran numero di risultamenti felici, ed appena potrà sostenersi in favore per la rara abilità del citato collega, avendo già dichiarato le difficoltà inevitabili pag. 155.

Estrazione superiore usata dal Santorelli. e riprodotta ora.

§. 49. Carlo Gasparo Siebold nel 1792. dimostrò chiaramente che potevasi tagliare molta parte dell'iride nell'eseguir l'estrazione senza verun danno; ma questa recisione ha sempre recato un rincrescimento grandissimo agli oculisti, e Gio: Vanwy credeva facilitare il taglio della cornea mettendo in opera un coltello a forma di scrocco analogo a quello del Guerin, mediante il quale voleva egli praticare un taglio semilunare alla parte inferiore di essa: ma pochi adottarono questa macchinetta perchè esercitava una forte pressione, e produceva un taglio così angusto, che doveasi poi allargare mediante le forbici.

Siebold dimostrò che si poteva tagliar l'iride impunemente.

§. 50. Intanto Gio: Enrico Joung aveva acquistata molta celebrità pel successo ottenuto mediante il nuovo metodo, ed i precetti da lui pubblicati nel suo metodo di estrarre la cateratta mandato in luce l'anno 1795. sono fondati sulle più giuste indicazioni talchè si possono dimostrare opportunissimi.

Celebrità e buon criterio del Joung.

§. 51. Gio: Cristoforo Conradi pubblicò a Lipsia nel medesimo anno varj casi istruttivi riguardo alla stessa pratica; ma essendosi più volte imbattuto nella cateratta molle si diede a raccomandare

Conradi usò l'estrazione e poi la ceratonisi.

la pratica della ceratonisi per incisione, ossia per lacerazione impiegando egli una lancetta picciola, che passava attraverso alla cornea ed alla pupilla non dissimile dall'ago ultimamente adoprato dal professore Beer, quando si propose di rendere più efficace la lacerazione anteriore riprodotta, e commendata dal Dottore Buchorn. Vedi Tav. XII. Fig. 6.

Sensate osservazioni di Abramo Schiferli.

§. 52. Ridolfo Abramo Schiferli istruito dal sullodato oculista Inglese fu nella Svizzera il sostenitore più illustre dell' estrazione anteriore, e credè poter determinare che la maggior felicità di questo metodo posto a confronto coll' abbassamento si trovasse in favor suo come 1. a 2., locchè mi fa ricordare che le osservazioni cliniche si trovano in questo triennio come 15 a 30. circa in favore dell' estrazione paragonata all'abbassamento. Questo autore mostrò molta dottrina, e buon criterio nel suo scritto pubblicato a Jena, l' anno 1797. Egli praticava la reclinazione laterale, in que' soli casi in cui l' occhio, o fosse irrequieto, o picciolo ed infossato, attenendosi in questi casi alla pratica di Wilburg. In quell' epoca il rinomatissimo professore Barth diede in luce il suo metodo ch' era simile a quello usato da Wenzel con pochissimi cangiamenti. Questo oculista esser doveva di una estraordinaria destrezza, ed era di una statura elevata, per le quali prerogative egli destò l' ammirazione fra i dotti; avendo in uso di far appoggiare la testa contro del muro a' suoi infermi, che stavano in piedi come lui, e di aprire da per se le palpebre praticando l' operazione senza l' ajuto di verun assistente.

Discussioni, riguardo l'estrazione proposta dal Beer.

§. 53. Sorsero varie dispute intanto perchè il signor Beer propose potersi fare l' estrazione della casula contemporaneamente a quella della lente, ed in queste controversie Giovanni Adamo Schmidt ebbe campo di far brillare il suo felice ingegno analitico, e Carlo Alm Rudolphi mostrò il suo criterio e sapere anatomico; ma l'istesso Beer videsi ben presto ridotto a deporre la concepita speranza di riuscire in tale divisamento.

Serie di sperimenti pubblicati dal Mursinna e dal Helling.

§. 54. Alla stessa epoca in un giornale di chirurgia vennero pubblicate varie opinioni di Cristoforo Lodovico Mursinna; e del dottor Helling, i quali sostennero essere oltremodo rara la cateratta secondaria dopo l' estrazione anteriore, ed il primo

dichiarò averla osservata soltanto 3. volte dopo 306. casi d'operazione, ed il secondo due sole volte in 206. casi. Io non starò quì a provare quanta fede accordar si debba a queste relazioni avendola pur io osservata sole 18. volte in 585. casi di estrazione anteriore; ma quel tanto ch' essi pubblicarono dimostra molta estensione di esercizio pratico, ed una riputazione eminente, e fa una pruova chiarissima, che ben di rado incontrar dovessero la cateratta secondaria, altrimenti i loro oppositori avrebbero risposto con pruove di fatto.

Il Weidmann fortunato nell' estrazione.

§. 55. Il Weidmann a Magonza praticò l'estrazione con molta fortuna, ed il suo coltello poco differiva da quello del Siegerist usando egli di aprire la casula nel tempo della punzione alla cornea, la quale pratica si trova descritta nella eccellente opera pubblicata col titolo di Biblioteca oftalmologica dal professore Himly tanto benemerito all'arte per molti perfezionamenti in cui è riuscito, ma principalmente per la scoperta sull' uso dello Joseiamo in oftalmiatria.

Opera del celebre Scarpa e seguaci dell' abbassamento.

§.56. Comparve al tempo stesso in Italia l'opera classica del nostro maestro Scarpa nella quale in riguardo alla cateratta, egli raccomandò caldamente la reclinazione laterale, combinata anche colla lacerazione, ne' casi di cateratta molle, e questo metodo venne abilmente eseguito dai citati autori della Biblioteca Oftalmologica, dal celebre Mounoir nella Svizzera, e dal dottor Hey in Inghilterra (*a*).

Favorevole accoglimento fatto alla riproduzione dell' antico metodo in Italia.

§. 57. Elevatosi l'antico metodo per l' autorità di professori tanto distinti, i quali pel sapere nelle cose mediche oscuravano moltissimi pratici; la gioventù desiderosa di cose nuove, ed amante del facile, e del semplice abbracciava le nuove dottrine con fanatismo, e riguardava le operazioni de' nostri vecchi come un residuo dell'antica barbarie dominante nella chirurgia de' secoli passati, o come l' effetto della tenacità tante volte rimproverata agli uomini provetti. Allora fu che gli allievi della scuola di Pavia si trovarono in perfetto accordo coi discepoli del Nannoni, onde sostenere i metodi di abbassamento, e condurli alla possibile perfezione.

(*a*) Practical observations in Surgery London 1804.

I seguaci dell' estrazione si ritiraron quasi tutti dalla pratica per varie combinazioni.

§.58. Richiamato in quest'epoca presso la Real Corte il professore Troja si ritirò dagli affari. L'Amantea per l'età venne costretto ad abbandonare le sottili pratiche, ed il Sisco trovavasi occupato moltissimo delle altre parti della chirurgia; talchè questi maestri abbandonarono facilmente il campo ai nuovi oculisti. Intanto il professore Atti in Bologna, ed il Tonon a Venezia cominciarono a mettersi nel partito di quelli che praticavano l'abbassamento come fosse un atto di rispetto dovuto alla dottrina di così grandi filosofi, e solamente a Torino potei veder l' estrazione eseguita dal valente Prof. Rossi. Nella qual pratica, benchè riuscisse egli felicemente, così contraria era la mia prevenzione, che mi parve doversi attribuire il buon successo ad una pura casualità.

Ragioni, che si adducevano per l' abbassamento.

§. 59. Frattanto le incertezze erano per ogni parte siccome ho detto pag. 209. e pag. 212., ed i maestri neppur voleano descrivere l' estrazione dicendo esser questo un metodo da disprezzarsi, e doversi fare l' abbassamento perchè si potea ripetere quante volte fosse piacciuto al chirurgo, perchè era di un esecuzione semplice e facile, e chiudevano ogni discussione con dire che se n'erano trovati contenti.

Serie di sperimenti non pubblicata da questi professori.

§.60. Nessuno però di tali maestri ebbe cura d'istituire, per quanto mi è noto una serie di esperimenti comparativi, eccettuato il Flajani, il quale venne costretto dalle pruove citate pag. 212.§.43. di piegare a favore dell' estrazione, e quantunque egli fosse un valente, e dotto chirurgo non potè ottenere se non 14. casi felici fra 46 operazioni, nè ebbe difficoltà a pubblicarlo, poichè sapeva che generalmente i nostri chirurghi non erano più fortunati di lui. Si fu a questa medesima epoca, ch' io mi son trovato molto al bujo vedendo mancare ai migliori maestri circa la metà delle operazioni.

Chirurghi che abbandonavano l' arte nostra.

§. 61. Tutti agivano con molta trepidazione quando trattavasi di cateratte anzi la maggior parte de' chirurghi aveano abbandonata l' oftalmiatria disgustati de' successi, e mi dicevano, che le operazioni meglio eseguite aveano portato i più disgustosi effetti, e che non volevano mettere la loro riputazione sulla punta di un ago. Altri ebbero a farmi osservare che gli operati infelici ne' casi di pietra, o di ernia, o di aneurisma non poteano rovinare il credito del chirurgo in questo mondo, poichè erano

passati ad altra vita; ma per l' opposto gli operati infelici di cateratta sempre s' incontravano per la città mormorando contro il loro tiranno, e così fra tanti abili chirurghi, che vi erano in Italia, pochissimi aveano riputazione di oculisti, ed i giovani pratici de' più vasti ospedali potevano contare sulle dita di una sola mano le operazioni di cateratta vedutesi nel corso di un' intero anno. Nè credasi che mancassero le cateratte; poichè non si tosto messo in pratica il nuovo metodo, ed ottenutasi la guarigione di sessanta o poco più per cento, vidi in ogni parte d' italia offrirmisi l' opportunità di curare moltissimi ciechi. Non ebbi però poche discussioni a sostenere, perchè taluni infermi si aveano fatto leggere le opinioni de' dotti, e tutti i pratici si dichiaravano contro di me per timore delle gravissime infiammazioni. Nè questo dubbio potè dissiparsi se non quando si contarono 13 iritidi in cento casi di abbassamento, e soltanto 8 circa in cento casi di estrazione, e quando si videro le cateratte secondarie esser ridotte alla ragione del 4 per 100 circa dopo questo metodo, mentre gli altri ne registrarono in ragione del 17 ed anche 22 per 100 ne' casi di abbassamento.

§. 62. Non mi distenderò adunque col riportare nuovi dettagli e riferire minutamente le indagini fatte dai moderni su questo argomento, che queste ormai trovansi sotto gli occhi de' sapienti, e mi basta richiamare l' attenzione del mio lettore sul corso della presente istoria perchè riconosca quanti, e quali valentissimi oculisti abbiano acquistato fama colla pratica del nuovo metodo, e come questo abbia dato coraggio per far progredire la pratica dell' ectomia, e per curare felicemente le cateratte complicate con atresia. Allorquando venne abbandonata l'estrazione dai nostri pratici erasi veduta deperire l'arte, e ciò fa pruova, che i sucessi non debbono essere corrispondenti alle speranze che si erano concepite dai migliori maestri, nè eguali a quel tanto che si ottenne dall' estrazione, e dall' ectomia negli anni clinici di cui ho dato conto in questi tre libri; poichè altrimenti non ci saressimo trovati nella necessità di ritornare alle antiche pratiche sotto la scorta dell' esperienza.

Cosa importi raccogliere dalla presente istoria.

ANNOTAZIONE V.

In cui si dà conto dell' uso del setone per curare il Gozzo, ossia il Bronconcele.

Perchè si raccolgano le notizie degli esperimenti fatti in clinica riguardo al broncocele.

§. 1. In una lettera pubblicata, l' anno 1818, nel fascicolo IV. del giornale enciclopedico di Napoli ho dato conto di varj sperimenti da me tentati onde curare il gozzo mediante il setone, e poichè otto di questi vennero eseguiti in clinica nel corso di detto anno raccoglierò quì le notizie desunte dalle corrispondenti storie che formano parte del nostro giornale clinico.

Come venissero applicati i setoni.

§. 2. Il metodo curativo da me proposto consiste nel passare due, o più setoni mediante un forte spicillo dotato di cruna, e di una punta simile ad un trequarti; attraversata la sostanza del tumore con varie direzioni si lasciano i fili per eccitare una suppurazione, ed un processo d' infiammazione, che distrugga il tumore e non bastando questo mezzo, più d' una volta ho introdotto lungo i detti fili de' pezzi della radice d' elleboro, dell' empiastro con sabina polverizzata, oppure con escarotici d'altro genere.

Utilità di scomporre molte parti del tumore, e di applicare i cataplasmi.

§. 3. Ho notato inoltre che in un caso riuscì utilissimo introdurre un grosso spicillo lungo il foro, ed agitarlo fortemente per entro alla sostanza del tumore, e mi giovò in tutti i casi far applicare de' cataplasmi di lattuca, o di malva ben caldi sul gozzo dopo aver passato i setoni; poichè in tal guisa si ottenne una salutare, e copiosa suppurazione.

Primo esperimento del setone.

§. 4. Il primo tentativo fu praticato nel broncocele di Maria Carolina Trichiello, ed ottenne esito felicissimo poichè il gozzo non era nè aneurismatico, nè varicoso, nè eccesivamente duro, ed in men di 40 giorni videsi quasi interamente svanito. Questa donna ha potuto venire osservata da moltissimi dotti, perchè da qualche anno stà vendendo frutta in questa via di Chiaja n.° 34.

Tre altri sperimenti, e morte di una donna per causa del Tifo.

§. 5. Gelsomina Nuzzo, e Maddalena Credeni vennero in seguito curate con tutta felicità, e Marianna Sorrentino poi nel momento, che dava indizio di una felice guarigione venne attaccata da un tifo, il quale era frequente a quell' epoca nella città e

nell' ospedale contiguo alla clinica, e nel diciasettesimo giorno cessò di vivere ad onta delle nostre cure; però le petecchie, e la febbre vennero riconosciute non solo da tutti noi, ma altresì da varii colleghi.

§. 6. Molto vantaggio ritrassero dopo di quelle, anche Antonia Mosca, e Maddalena Gentile, e soltanto Maddalena Pagone, ed il fratello di costei per nome Luigi, non trassero eguale profitto dal setone, e nemmeno riuscì loro vantaggioso il muriato di calce amministrato dopo a larghe dosi, nè la spugna bruciata, nè le preparazioni del jodio usate tanto per frizioni, come per bocca quantunque ne sopportarono fortissime dosi amministrate per gradi senza danno veruno, ma anche senza utilità, e soltanto Maddalena ritrasse qualche picciolo vantaggio a principio della cura dal setone.

Risultamenti osservati in quattro altri casi.

§. 7. Quattro altre osservazioni consimili furono da me raccolte in città, ma una donna di queste quattro dopo due settimane per suo capriccio credendosi guarire più presto, si tolse via i fili del setone. Rimarginatasi tosto l' apertura inferiore si formò nel tumore un sacco fistoloso, ed ella non mi permise di fare la controapertura dicendosi guarita, anzi mi tenne occultato, che più fiate nella giornata era costretta di spremer fuori copiose materie. Avvedutomi intanto del guasto, che producevano tali materie, ed avvisatala del pericolo a cui si esponeva col lasciar progredire il male, volli praticare la controapertura, e rimettere il setone; ma essa si mantenne sull' ostinazione di non farsi curare, e ad onta ch' io continuassi a visitarla, ed ammonirla, e farla anche avvisare da altri chirurghi, che venivano meco dello espediente, che solo potea liberarla dalla fistola, tutte le mie cure riuscirono vane, perchè nè lei, nè i parenti credevano al pericolo. Frattanto appena due altri mesi erano decorsi, che le materie si fecero strada entro la laringe, e venivano respinte fuori per la bocca; allora incominciò l' assorbimento, e la consunzione; ma neppure in tale stato volle permettermi di fare la controapertura, e così venne finalmente a perire in termine di 4. mesi dall' epoca dell' operazione.

Si dà conto di quattro donne curate in città nel modo stesso, una delle quali si tolse le fila e non volle esser curata.

§. 8. Questo disgraziato accidente prova soltanto, che passato il setone non debbonsi troppo presto ritirare i fili, e che se chiu-

Cosa si possa dedurre da questo fatto.

dasi prima la parte inferiore delle aperture e non già la superiore sarà necessario ripassare i fili, o eseguire una controapertura. Finalmente se un' uomo vuole rovinarsi, e se i parenti non concorrono col medico a persuaderlo di prendere gli opportuni espedienti non sarà più in nostro potere salvarlo.

Riflessioni da farsi in favore.

§. 9. In tutti i riferiti sperimenti abbiamo passato più di 50. volte il setone senza mai osservare nè emorragia, nè pericolose lesioni de' nervi, e gl' infermi mi hanno assicurato, che l' operazione non era dolorosa. Piuttosto accusarono dolore nell' atto di agitare i fili per dar esito alle materie.

Vantaggi riportati nella maggior parte de' casi.

§. 10. Fra i dodici casi riferiti ne abbiamo adunque notato cinque guariti a perfezione, tre ebbero molto vantaggio, e due restarono come se non fossero stati curati, Pagone fra quelli di clinica, ed una donna in città, e le due che sono morte aveano anche notato sul principio una manifesta diminuzione del tumore. Sarà facile intendere che la loro disgrazia inevitabile dal canto nostro non si può per nulla attribuire all' operazione.

Distinzione del broncocele in quattro specie.

§. 11. Debbo ora far conoscere, che sul fondamento di queste osservazioni io distinguo il gozzo in quattro specie come siegue.

Gozzo molle.

§. 12. Il *gozzo molle*, e benigno, che di sua natura non è nè pulsante, nè varicoso, nè molto duro, ed è il più facile a curarsi, questo si osservò nella Trichiello ed in tutti i casi felicemente guariti.

Gozzo aneurismatico.

§. 13. Il *gozzo pulsante*, o *aneurismatico* si diminuisce con difficoltà, e tale era quello della Mosca.

Gozzo varicoso

§. 14. Il *varicoso* come quello della Sorrentino presentava delle grosse vene in tutta la superficie, e si restrinse, ma non si dissipò interamente.

Gozzo duro, e ribelle.

§. 15. Finalmente il *gozzo duro*, che sembra essere cartilaginoso, e potrebbe compararsi per la durezza ad un gomitolo di filo strettamente serrato. Suole essere ribelle ad ogni mezzo curativo, come fu quello di Luigi Pagone, e di un'altra inferma curata in sua casa.

L' estirpazione parziale si potrebbe usare nel gozzo duro.

§. 16. In questi casi forse potrebbesi eseguire una estirpazione quasi totale del tumore senza verun pericolo, perchè ho notato, che sempre le arterie tiroidee vengono spinte indietro dal tumore a misura ch' esso sviluppasi, e si trovano in quel tessuto, che

rimane più addossato alla laringe, e forse potrebbesi eseguire l' estirpazione per via di una legatura praticata circondando di setoni il tumore, e poi serrandoli per gradi sopra di quello, come si usa in taluni casi di fistola all' ano, o di polipi.

§. 17. Io credo che quando bisognasse venire all' estirpazione basterebbe eseguirla in parte; poichè ho notato, che allorquando la suppurazione avea distrutto una parte del gozzo il rimanente dissipavasi constantemente da per se stante il movimento salutare eccitato ne' sorbenti dal corso dell'infiammazione, e così si eviterebbe il pericolo di tagliare le grosse arterie, che sono molto profonde.

Perchè possa bastare una estirpazione parziale.

§. 18. Sono stato assicurato che il professore Walther di Landshut abbia eseguita con successo la legatura delle arterie tiroidee, onde curare il broncocele, e questa operazione la crederei molto efficace ne' casi di broncocele aneurismatico; ma sempre temere dell' emorragia secondaria, come ne' casi di aneurisma, e beni pochi vorranno mettersi a questo pericolo, onde liberarsi da un male, che è solamente incommodo, e deforme non già pericoloso.

Walther praticò la legatura delle arterie tiroidee.

§. 19. Il celebre Dessault esperimentò la totale estirpazione, ma non è stato contento a quanto dicesi, come lo è stato il valente professore Dupuytren. Però così ardue operazioni non si potranno mai render communi, ove trattasi di un male, che non minaccia prontamente la vita dell' infermo, e perciò desidero che i colleghi trovino dall'esposizione delle nostre pratiche un espediente convenevole a perfezionare la cura di questo morbo, tanto più che le medicine finora usitate attaccano lo stomaco, e minacciano il petto, e le ho amministrate, e vedute usare più fiate senza veruna utilità.

Dessault, e Dupuytren praticarono l'estirpazione.

§. 20. Il dottor Sommerville tanto commendevole pel genio di far progredire l'arte pubblicò nelle transazioni mediche di Londra quella mia lettera citata più sopra. Dopo di che molti abili professori hanno dichiarato di *aver ricevuto con piacere le dottrine in essa spiegate*, ed il dottor Hutschison persuaso com' egli dice *per le esperienze ivi raccolte* si unì al professore Gurning, e praticarono insieme novelli sperimenti negli ospedali di Londra, ed in Edimburgo. Altresì il dottor Ati Thomphsom praticò altre operazioni consimili, come anche il dottor James, e tutti se ne dichiararono molto soddisfatti, fuorchè una volta avendo assoggettata a questa cura una donna gra-

Lettera pubblicata in Inghilterra, e sperimenti ripetuti da molti professori.

cile, ed inclinata alla tisichezza si è notato che questa dopo alcun tempo venne a perire tisica.

Relazione e risposta favorevole data dal Dottor Johnston.

§. 21. L' erudito dottor Jacomo Johnston, nel suo giornale intitolato rivista medico-chirurgica, in marzo dell' anno 1822 dà conto di questi esperimenti accordandosi coi dotti colleghi ad approvare le mie indagini, e risponde coi fatti alla mano, così chiaramente a tutte le obbiezioni pubblicate contro quella mia lettera del 29. aprile 1818 ch' io mi taccio, nè posso dubitare che questa pratica verrà portata a quel punto di sicurezza, che si può desiderare pel bene di tanti infelici.

Prospetto delle osservazioni cliniche.

§. 22. Ecco il prospetto delle storie registrate nel giornale clinico di quest' anno.

PROSPETTO N.° XVIII.

Che riguarda le storie di n.° 8. individui curati mediante il setone per distruggere il Broncocele.

NUMERO D'ORDINE.	EPOCA dell' OPERAZIONE.	NOME E COGNOME	ETA' di ANNI.	PATRIA	TEMPERAMEMTO	INFERMITA'.	ESITO.
1.	Anno 1817. 11. Novem.	M.ª Carol. Trichiello	36.	Casoria	Stenico linfatico.	Broncocele molle.	Guarita perfettamente adi 2 aprile.
2.	19. Dicemb.	Gelsomina Nuzzo	25.	Arienzo	*id.*	*id.*	*id.* adi 15 Maggio.
3.	Anno 1818. 15. Aprile.	Marianna Sorrentino	54.	Ponticelli	Bilioso astenico.	Broncocele con parti cartilaginose, e vene varicose.	Adi 15 Giugno morta per tifo.
4.	17. *idem*	Maddalena Credeni	22.	Afragola	Stenico linfatico.	Broncocele molle.	Quasi perfettamente guarita adi 24 Luglio.
5.	13. *idem*	Luigi Pagone	13.	*id.*	Astenico linfatico.	Broncocele duro e cartilaginoso.	Non guarito neppure col jodio.
6.	14. Febb.	Antonia Mosca	18.	*id.*	*id.*	Broncocele aneurismatico.	Quasi perfettamente guarita adi 22 Luglio.
7.	*idem*	Maddalena Pagone	20.	*id.*	Robusto.	Broncocele duro e carnoso.	Va meglio adi 27 Luglio.
8.	9. Aprile.	Maddalena Gentile	20.	Melito	Astenico linfatico.	Broncocele molle.	Notasi grande miglioramento al 1 Agosto.

Guarite perfettamente 3, -- 1. morta per tifo petecchiale, -- uno senza veruna utilità, -- tre ridotte in migliore stato.

SPIEGAZIONE DELLE TAVOLE

TAVOLA I.

Questa è destinata a rappresentare l' aspetto delle varie specie di cateratta.

La figura 1. rappresenta la tinta, e la convessità propria di una cateratta albuminosa, che si è trovata molle ed ingrossata, come se molta albumina fosse stata versata nel tessuto dell' organo cristallino.

La Figura 2. rappresenta la cateratta dura senile, che suole essere convessa giallognola, ed accompagnata dall' arco senile nella periferia della cornea. In questi casi la lente è dura, e la casula varia notabilmente di aspetto, e di tessitura.

La figura 3. rappresenta la cateratta cornea da paralisi, che suole essere fosca, e và congiunta a debolissimo residuo di forza visiva ne' nervi, vi si unisce quasi sempre l'arco senile della cornea segnato a a, trovasi la casula indurita, il cristallino diafano, e l' ambliopia nervosa.

La figura 4. rappresenta la cateratta arido-siliquata, che ha delle rugosità biancastre rialzate nella superficie, e che sembra tutta piana; trovasi per lo più con casula dura, ingrossata, e mancante dell' umore di Morgagni.

La Figura 5. è copiata da un' occhio con cateratta incompleta profonda, in questi casi se vi è igieneurosi la persona vede molti oggetti, e la casula trovasi quasi sempre diafana, se vi è ambliopia l' operazione riesce inutile.

La Figura 6. è copiata da una cateratta radiata olivastra, che accompagna o l' ambliopia, o l' amaurosi, la tinta sua dimostra, che il cristallino è semitrasparente.

TAVOLA II.

La Figura 1. è presa dall'occhio destro di N. Rossi in cui vedesi la sinizesi, e cateratta secondaria dopo l' abbassamento, non percepisce neppur la luce perchè l' iritide consecutiva all' abbassamento avea portato amaurosi.

La Figura 2. indica la direzione del coltello n. 1. nell' atto di cominciar la punzione.

La Figura 3. serve a rappresentare come la cornea passi da A: in B ed anche più sopra, e come il ferro nell'atto del taglio passi dal I. al II. e III.

posto, onde eseguire il taglio uguale a metà della periferia della cornea per causa del movimento di rotazione, che fa l'occhio spinto dal coltello.

La Figura 4. rappresenta il taglio fatto nella cornea, e la casula, che per essersi staccata in basso sfugge verso l'alto, la pupilla trovasi allungata e la lente stà per cader fuori.

La Figura 5. mostra il taglio semilunare usato dagli antichi attraverso alla cornea, il quale non è vantaggioso, e non porta cangiamento di posto nè alla casula, nè al cristallino.

TAVOLA III.

La Figura 1. rappresenta un taglio riuscito angusto, che si fa discendere sulla congiuntiva, onde facilitare il passaggio della cateratta.

La Figura 2. mostra la forma di un taglio così allungato, ed il cucchiajo diretto a togliere la casula, la quale sembra molle.

La Figura 3. mostra come la casula sia stata squarciata in tre parti e formerebbe cateratta secondaria se non venisse tolta per via dalle pinzette, ma essendo alquanto trasparente, e conglutinata alla jaloidea non si può togliere che difficilmente.

La Figura 4. serve a rappresentare i movimenti del coltello nell' eseguire il taglio della cornea, quando anche l' occhio sia quieto.

La Figura 5. rappresenta un cistotomo angolare.

La Figura 6. serve a spiegare come si debba portare il coltello per la I. II. e III. posizione, qualunque volta la cornea volgasi al canto interno, e sfugga.

TAVOLA IV.

La Figura 1. dimostra come il cistotomo formi un taglio angolare della casula.

La Figura 2. presenta lo stesso occhio in cui si fa la pressione, e si manifesta l' istimo, che divide la pupilla naturale dall' artificiale apertasi nel tagliare cornea, ed iride, senza fare il taglio netto della falda dell' iride.

La Figura 3. presenta l' istimo reciso dal coltello, ed il centro della casula che stà cadendo in basso.

La Figura 4. rappresenta il taglio dell' istimo quasi finito.

La Figura 5. dimostra l' effetto di un taglio picciolo quando la cateratta è voluminosa. Questa esce avviluppata dall' iride, che soffre dell' urto, e la casula staccatasi in basso si ritira verso l' alto lasciando passare la lente.

La Figura 6. è destinata a mostrare come il cistotomo lanciato possa tagliare a romboidi la superficie della lente, mentre la casula si ritira intatta verso l' alto.

La Figura 7. indica una bolla d' aria penetrata nell' occhio, la casula ritiratasi dopo l'uscita della lente, e la pupilla quasi libera, il cucchiajo stà per entrare, e condur fuori l' aria, come anche i residui di casula, se fosse molle.

TAVOLA V.

La Figura 1. rappresenta una cateratta avviluppata, ch' esce a stento sotto la pressione. La casula si ritira in alto, la pupilla si allunga, l' iride soffre contusione.

La Figura 2. mostra la cateratta, che tosto esce cambiato il luogo della pressione.

La Figura 3. rappresenta il maneggio della pinzetta D. D. D. che nel volersi afferrare la casula minaccia di pizzicar l' iride.

La Figura 4. rappresenta la pinzetta D. D. B. chiusa.

La Figura 5. rappresenta un cistotomo opportuno a portar via il centro della casula.

TAVOLA VI.

La Figura 1. rappresenta l' occhio in contrazione, e l' iride, che viene sotto al coltello formando due picciole ernie nel momento di compiere il taglio.

La Figura 2. rappresenta la recisione netta di una falda dell' iride, la quale rimane sul coltello, la pupilla è allungata; vi è ifemia passaggiera, e la cateratta si presenta.

La Figura 3. dimostra il taglio corto, e discendente sulla congiuntiva.

La Figura 4. rappresenta la caduta della lente sotto la pressione del dito nell' atto d' introdurre il cistotomo.

La Figura 5. dimostra il momento in cui stà per uscire la lente, che vien pescata mediante l' uncinetto di Beer e si conduce fuori.

TAVOLA VII.

La Figura 1. rappresenta l' occhio destro di Ferrara in cui è stata recisa l' iride nel fare il taglio della cornea, e ne risulta l' istmo.

La Figura 2. dimostra l' uso del cucchiajo con cui togliesi la casula molle rimasta dopo il taglio dell' istmo, e dopo l' uscita della lente.

La Figura 3. è presa dallo stesso occhio dopo la guarigione. Vedesi la pupilla discesa in basso, una parte di casula occupa il centro della cornea, e la cicatrice lascia libera una sufficiente pupilla.

La Figura 4. mostra la pinzetta acuta, che prende la casula mentre si ritira in alto, innanzi ch' esca fuori la cateratta.

La Figura 5. dimostra l' uscita della cateratta condotta fuori dall' ago uncinato.

La Figura 6. è copiata dall' occhio guarito, e vedesi la pupilla discesa, e l' iride attaccata alla cicatrice del taglio in basso.

TAVOLA VIII.

La Figura 1. dimostra il dentello, che formasi sulla cornea, allorchè fatto il taglio si vuole allungarlo discendendo col ferro, e non ci riesca d'incontrare l' estremo confine del primo taglio aperto nel consueto modo.

La Figura 2. spiega in che modo la casula si distacchi, e si rialzi per la forza delle contrazioni, e per l' urto del vitreo nel momento del taglio fatto alla cornea.

La Figura 3. dimostra come la pinzetta dentata possa afferrare la casula, che costituisce la cateratta secondaria semplice, e come si possa tirarla fuori. In questo caso non vi era atresia.

La Figura 4. rappresenta lo stato di un occhio divenuto atrofico per l' iritide grave consecutiva all' es razione, la cornea è in gran parte offuscata per la cicatrice, e versamento di linfa; la pupilla è ristretta con cateratta secondaria dipendente da versamento di linfa, e la retina è diventata insensibile essendosi essa pure infiammata.

TAVOLA IX.

La Figura 1. dimostra l' ifemia che presentasi dopo il taglio della cornea, allorchè sia stata intaccata la congiuntiva e la sclerotica per prolungare il suddetto taglio, e la pinzetta, che serve benissimo a condur fuori i grumi.

La Figura 2. mostra la casula estratta dalla pinzetta dentata dopo, che è stata squarciata dal cistotomo, e dopo uscita la lente.

La figura 3. indica l' uso del cucchiajo ne' casi di cateratta molle.

La Figura 4. rappresenta come si eserciti la pressione e come si porti la pinzetta, onde condur fuori la bolla d'aria penetrata nel tempo dell'operazione.

TAVOLA X.

La Figura 1. dimostra come si praticasse dal dottor Santorelli il taglio immergendo un coltello a foglia di mirto nella parte superiore della cornea per cui risultava il taglio anterior superiore.

La Figura 2. serve a dimostrare, che quel taglio riesce a sbieco, e perciò è angusto, nè si presta al passaggio della cateratta, quantunque fosse stato allargato.

La Figura 3. dinota la pressione, ed il passaggio stentato della cateratta, ch' esce a stento per causa del taglio picciolo.

La Figura 4. rappresenta un coltello adoprato dal dottor Jäger onde eseguire un taglio abbastanza grande nella parte superiore della cornea.

La Figura 5. rappresenta il cistotomo lanciato di cui mi servo quasi sempre per lacerare la casula.

La Figura 6. rappresenta il mio cistotomo a falcetta di cui faccio molto uso.

La Figura 7. rappresenta un nuovo cistotomo col quale ho tentato portar via la parte centrale della casula spingendo i bottoni aa, e serrandola fra le punte; ma questo ordigno urta facilmente contro dell' iride.

TAVOLA XI.

Destinata a spiegare ciò che riguarda l'estrazione laterale.

La figura 1. rappresenta il taglio da me praticato nelle prime operazioni, che riuscì più volte augusto.

La figura 2. rappresenta l' esecuzione del nuovo taglio laterale.

La figura 3. dimostra l' agogite portato dinanzi alla casula anteriore, che stà per entrare col cucchiajo posteriore onde abbracciare la cateratta.

La figura 4. dimostra l'esecuzione di un secondo taglio praticato nella cornea immediatamente dopo il taglio laterale. Praticata l'estrazione anteriore in tal modo nell' occhio di Giuseppe Scarpa venne guarito con felicità ad onta di avere subito due tagli.

La figura 5. rappresenta l'agogite osservato nel lato opposto a quello della figura 3. al momento, che il cucchiajo ottuso sta per chiudersi.

TAVOLA XII.

Rappresenta i tre metodi di abbassamento laterale.

La figura 1. dimostra la depressione laterale eseguita col metodo degli antichi mediante un ago curvo.

La figura 2. serve a rappresentare, come nella depressione il corpo della lente discenda in basso, e la superficie posteriore si trasporti in B, la anteriore passi in basso e così la superficie posteriore divenga superiore, e l' anteriore prenda il posto d' inferiore, i puntini aa servono a denotare la casula rappresentata in profilo.

La Figura 3. mostra la reclinazione in un' occhio veduto di profilo, e serve a spiegare come la lente venga reclinata dall'ago, talchè la superficie anteriore addiviene superiore.

La Figura 4. rappresenta la pratica della lacerazione laterale secondo gl'insegnamenti del dottor Hey, dopo l' applicazione dell' estratto di josciamo.

La Figura 5. rappresenta l' ago usato da Schmidt per la reclinazione.

La figura 6. rappresenta l' ago largo usato dal prof. Beer onde lacerare l' organo cristallino.

TAVOLA XIII.

La figura 1. dimostra la pratica della reclinazione anteriore eseguita nel caso di Adamo Aitel, essendo stata squarciata la casula nel centro. Ristrettasi la pupilla nell'atto di compiere l'operazione, quella si vide subito libera.

La figura 2. mostra l'occhio spaccato in profilo, e l'effetto della reclinazione, per cui la superficie anteriore diventa superiore; i puntini a a indicano la casula veduta in profilo.

La figura 3. mostra lo spaccato e rappresenta l'effetto della depressione eseguita dall'ago entrato per la cornea; i puntini a a indicano la casula veduta in profilo,

La figura 4. rappresenta la laccrazione anteriore ossia per ceratonisi.

La figura 5. è presa dall'ago curvo del prof. Scarpa.

La figura 6. rappresenta l'ago curvo di Langhenbek.

La figura 7. rappresenta l'ago curvo del sig. Hey.

TAVOLA XIV.

Destinata a spiegare i casi di atresia congiunta a cateratta vera.

La figura 1. dimostra l'occhio di Carlo della Santa con sinizesi, e cateratta vera, la sinizesi non è perfetta. Perciò vedesi la cateratta spuria, e la vera trasparisce.

La figura 2. serve a spiegare, come venga recisa cornea, ed iride ad un tempo, e resti anche tagliata la casula.

La figura 3. dimostra, come si porti via una falda dell'iride quando non fosse uscita assieme col sangue.

La figura 4. rappresenta il medesimo occhio, allorchè il cistotomo và per condur fuori la casula dopo eseguito il taglio della cornea, e dell'iride, e dopo tolta l'ifemia, e la falda dell'iride già stata recisa.

La figura 5. è presa dall'occhio di Giuseppe Gatta, e rappresenta la ceratoscotesi con cateratta vera.

La figura 6. dimostra l'aspetto del medesimo occhio dopo tagliata la cornea, l'iride, e la casula; si veggono due parti di cateratta vera sotto il taglio dell'iride indicate dai puntini a a.

La figura 7. è presa dal medesimo occhio dopo tolta via la falda dell'iride, e la cateratta. S'intende come si abbia ottenuta la guarigione, e ricuperata la vista perchè la pupilla è fuori del centro rimpetto al campo sano.

INDICE

DEL

TERZO LIBRO.

Annotazione I. . . . . Intorno alle lezioni spiegate nel corso dell'anno suddetto . . . . . pag. 5

Annotazione II. . . . . Degli studiosi dedicati all' oftalmiatria 8

Annotazione III. . . . . Intorno alle 87. operazioni chirurgiche praticate in clinica nel corso di detto anno. 10

Prospetto. . I. . . . . Che riguarda la trichiasi cigliare. 19

Prospetto. . II. . . . . Che riguarda le persone curate per la tigna palpebrale 20

Prospetto. . III. . . . . Desunto dalle storie della fistola lagrimale . . . *id.*

Prospetto. . IV. . . . . Sopra l' estirpazione di un tumore cistico . . . 21

Prospetto. . V. . . . . Che riguarda 6. individui sottoposti all'estirpazione dello pterigio. . . . . *id.*

Prospetto. . VI. . . . . Desunto dalle storie che riguardano l' estirpazione dell' ettropio . . . . . , 22

Prospetto. . VII. . . . Estirpazione delle fungosità della congiuntiva, e dell' encantide . . . . . *id.*

Prospetto. . VIII. . . . In cui si dà conto della recisione dello stafiloma. 23

Prospetto. . IX. . . . . In cui si dà conto dell' ernia dell' iride curata mediante la recisione. . . . . *id.*

Prospetto. . X. . . . . Tratto dalle storie di 18. individui sottoposti all' ectomia 24

Prospetto. . XI. . . . . Desunto dalle storie di 13. individui sottoposti all' ecraxis 25

Annotazione IV. . . . . Intorno alle 124. persone curate come oftalmici ambulanti mediante locali medicine 26

Prospetto. . XII. . . . De' suddetti 124. individui. 28

TRATTATO DI ECRAXIOLOGIA.

CAPO. . . . I. . . . . In cui si considerano varie origini delle cateratte. 36
CAPO. . . . II. . . . . Intorno alle cateratte senili 38
CAPO. . . . III. . . . . Cateratte dipendenti da paralisi dell' occhio . . 42
CAPO. . . . IV. . . . . Cateratte accidentali 47
CAPO. . . . V. . . . . Intorno alle forme, che si scoprono nelle cateratte mentre si pratica l' operazione 52
CAPO. . . . VI. . . . . Applicazione de' 4. precetti generali 54
CAPO. . . . VII. . . . Come si possa riconoscere lo stato de' nervi . . 56
PROBLEMA. . I. . . . . Dato un caso di cateratta vera curabile praticare l' estrazione anteriore. 62
CAPO. . . . VIII. . . . In cui spiegasi, come si pratichi il taglio della cornea 63
CAPO. . . . IX. . . . . In cui viene dichiarato come si debba squarciare la casula. 75
CAPO. . . . X. . , . . In cui spiegasi come si possa condur fuori la lente ed i pezzetti della casula squarciata . . 79
CAPO. . . . XI. . . . . In cui spiegasi la quarta regola, che riguarda l'estrazione della casula 85
TEOREMA. . . I. . . . . Quale sia l' organo che più devesi rispettare nella pratica dell' estrazione. 94
TEOREMA. . . II. . . . . Se importi, che la cornea possa guarire di prima intenzione 95
CAPO. . . . XIII. . . . Come venga impedita, e come abbia luogo l'esposta guarigione. 96
CAPO. . . . XIV. . . . Della cura consecutiva all' estrazione ne' casi semplici 97
CAPO. . . . XV. . . . Indicazione de' casi più complicati, e pericolosi consecutivi all' estrazione. 102
CAPO. . . . XVI. . . . Intorno all'emorragia grave dell' iride rare fiate osservata 103
CAPO. . . . XVII. . . Quando sorga iritide mite, che potrebbe divenir cronica o produrre sinizesi lenta . . . 103
CAPO. . . . XVIII. . . In cui trattasi dell' ernia dell' iride consecutiva all' estrazione anteriore della cateratta 107
CAPO. . . . XIX. . . . In cui vengono esposte le difficoltà, che insorgono riguardo all' estrazione anteriore, e si danno spiegazioni ulteriori sulla maniera di porvi riparo 109

CAPO. . . . XX. . . . Difficoltà, che dipendono o dalla forma dell'occhio, o dalla natura della cateratta, o dal suo grado. 111
CAPO. . . . XXI. . . . Per quanti modi riuscir possa infruttuosa l'estrazione della cateratta vera 115
CAPO. . . . XXII. . . Si dimostra la probabilità del buon successo nella pratica dell'estrazione anteriore 117
CAPO. . . . XXIII. . . In cui vengono esposti i due punti più difficili nella pratica dell'indicata operazione 222
CAPO. . . . XXIV. . . Intorno alle cateratte secondarie semplici . . . 124
Problema . . II. . . . . Dato un caso di cateratta secondaria semplice toglierla via col metodo dell'estrazione anteriore. 125
CAPO. . . . XXV. . . In cui vengono dilucidate le regole or ora esposte, e si dimostra la loro utilità. 126
Storia. . . . I. . . . . Si dà conto della cura di Nunzio Rossi 127
Storia. . . . II. . . . . Parte prima in cui descrivesi la cura di A. de Nuziis. 131
Continuazione della storia II. Parte seconda, ossia estrazione di una cateratta secondaria semplice. 133
Storia. . . . III. . . . . In cui viene descritta la cura di Gio: Persichillo. 134
Storia. . . . IV. . . . . Che riguarda la cura di Vincenza Jengo. . . . 136
Storia. . . . V. . . . . In cui si espone la cura di Aniello de Matteo. 139
Storia. . . . VI. . . . In cui narrasi la cura tentata nella persona di B. Varriano 143
Storia. . . . VII. . . . In cui viene esposta la cura di Dimo Nestore. 144
Storia. . . . VIII. . . . In cui narrasi la cura tentata nell'occhio sinistro di Gennaro Carbone. 145
Storia. . . . IX. . . . . Nella quale vien riferito come si praticasse l'estrazione della cateratta in ambedue gli occhi di Carlo Ricciuti. 146
Storia. . . . X. . . . . In cui si dà conto della cura di Tommaso Ferrara. 148
Storia. . . . XI. . . . In cui viene esposta la cura di ambedue le cateratte nella persona di Domenico Percacciuolo. 150
Storia. . . . XII. . . . In cui si dà conto della cura praticata ad A. Bottigliera 152
CAPO. . . . XXVI. . . In cui trattasi dell'estrazione anterior superiore. 153
CAPO. . . . XXVII . . Intorno al metodo dell'estrazione laterale . . . 156
Problema . . III. . . . . Dato un caso di cateratta vera semplice eseguire l'estrazione laterale. 157
CAPO. . . . XXVIII. . In cui viene dilucidata la regola I. che riguarda il taglio della sclerotica 158
CAPO. . . . XXIX. . . In cui si dilucida la pratica della II. regola. . 159

CAPO. . . . XXX. . . In cui spiegasi la regola III. 160
CAPO. . . . XXXI. . . Nel quale si mettono a calcolo i vantaggi che presenta l' estrazione *laterale* confrontata colla *anteriore* 161
CAPO. . . . XXXII. . In cui si dà conto degli sperimenti praticati col metodo laterale. 162
Prospetto. . XIII.. . . Intorno al metodo laterale di estrazione 167
CAPO.. . . . XXXIII.. Intorno all'abbassamento laterale della cateratta. 168
Problema. . IV.. . . . Dato un caso di cateratta vera semplice ottenere l'abbassamento praticando la depressione laterale. 168
CAPO. . . . XXXIV.. In cui viene spiegata la regola I. che riguarda la punzione da eseguirsi coll' ago. 169
CAPO. . . . XXXV. . In cui viene dilucidata la regola II. che costituisce propriamente la depressione. 171
CAPO. . . . XXXVI. . Se qualche cosa, o si rialzasse, o rimanesse della cateratta ad ingombrar la pupilla si toglierà col medesimo ago. 172
CAPO. . . . XXXVII. Intorno alla reclinazione laterale della cateratta. 173
Problema . . V. . . . . Dato un caso di cateratta vera semplice praticare l' abbassamento per reclinazione laterale. 174
CAPO. . . . XXXVIII. In cui vengono dilucidati varj punti importanti alla precisa esecuzione di queste regole. 175
CAPO. . . . XXXIX. . Intorno alla maniera di eseguire l'abbassamento per lacerazione, ossia regole della lacerazione laterale. 177
Problema . . VI . . . . Dato un caso di cateratta vera semplice praticare l' abbassamento mediante la lacerazione laterale 178
CAPO. . . . XL . . . . In cui si dà la spiegazione di varj punti di questa pratica 179
Ptospetto. . XIV. . . . In cui si notano gl' individui ne' quali venne praticato l' abbassamento laterale 181
CAPO . . . . XLI . . . Della ceratonisi o abbassamento anteriore . . . 182
Problema . . VII. . . . Dato un caso di cateratta vera semplice praticare la lacerazione per ceratonisi, ossia l'incisione anteriore 182
CAPO. . . . XLII . . . In cui vengono dilucidate le regole, e prendesi a considerare l' utilità, ed i pericoli di questo metodo 183
CAPO . . . XLIII. . . Intorno alla ceratonisi per reclinazione 186
Problema . . VIII. . . Dato un caso di cateratta vera praticare la reclinazione anteriore . . . . . *id.*

CAPO. . . . XLIV. . . Riflessioni intorno all' uso di questo metodo. . 187
CAPO. . . . XLV . . . Precise notizie che riguardono gli esperimenti eseguiti con questo metodo 188
Storia. . . . XIII . . . In cui si dà conto della ceratonisi per reclinazione tentata nell'occhio destro di Gio. A. Aitel. 189
Problema. . IX. . . . . Dato un caso di cateratta semplice eseguire la depressione per ceratonisi 191
CAPO. . . . XLVI. . . In cui si considera l' efficacia del metodo ora descritto 192
CAPO. . . . XLVII. . Si dà conto di talune operazioni complicate riuscite con felicità 194
Prospetto. . XV. . . . In cui si dà conto della ceratonisi non riuscita, e terminata col fare l' estrazione 195
Prospetto. . XVI . . . In cui vengono indicate tutte le operazioni di ceratonisi descritte ne' miei giornali 196
CAPO. . . . XLVIII. . Intorno alla scelta del metodo 199
CAPO. . . . XLIX . . Intorno alla operazione da praticarsi ne' casi di atresia complicata con cateratta vera 217
Problema . . X . . . . Dato un caso di sinizesi, e cateratta vera praticare l' ectomia, e l' ecraxis ad un tempo . 220
CAPO. . . . L. . . . . Dilucidazioni delle regole da tenersi in questi casi. 221
Supplimento . . . . . In cui si dà la storia de' metodi posti in uso per curare la cateratta. 224
Annotazione. V . . . . In cui si dà conto dell' uso del setone per curare il Gozzo, ossia il Broncocele 242
Spiegazione delle tavole 249

FINE DEL LIBRO III.

Nota. Il mio lettore si sarà avveduto che molte delle materie proposte per le otto annotazioni nel prospetto pubblicato l'anno 1819; ora sono state trattate nelle prime quattro. Quelle poi che non si trovano spiegate, le ommetto, perchè mi verrà meglio in acconcio esporle nel lib. IV.

Nota. *Stimo far cosa grata alle persone dell' arte, dichiarando, che fra i nostri artefici ve ne sono molti, i quali eseguiscono bene i coltelli da cateratta; ma il sig. P. Albouy, che ha il suo negozio alla salita Grottone di Palazzo, con particolar cura è riuscito a fare de' coltelli, che possono uguagliarsi a quelli di Stodart, ed anche gli affila ottimamente.*

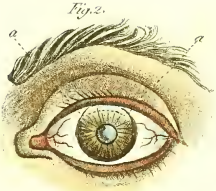
			ERRORI	CORREZIONI
Pag.	9.	n. 30.	Compobasso	Campobasso
»	11.	§. 7.	in oltre	inoltre
»	14.	§. 10.	pratioata	praticata
»	25.	n. 6.	anni fa felicemente	anni fa infelicemente
»	37.	§. 4.	opaca è sta ta	opaca è stata
»	41.	§. 9.	seccato all' ria	seccato all' aria
»	51.	§. 19.	di l' atrofia	di atrofia
»	56.	§. 2.	sieno sani, le cateratte	sieno sani. Le cateratte
»	69.	§. 21.	che si rimanga	che vi rimanga
»	87.		CAPO XII.	CAPO XI.
»	109.	§. 1.	per la congiuutiva	per la congiuntiva
»	128.	§. 6.	nel luogo nella operazione	nel luogo della operazione
»	156.		*intorno al metodo dell' esrazione*	*dell' estrazione*
»	160.	§. 4.	si è detto parland	detto parlando
»	173.	§. 3.	della grave l' iritide	della grave iridite
»	178.	REGOLA II.	da mano a mano	a mano a mano
»	189.	§. 2.	unirsi la lacerazione	unirvi la lacerazione
»	193.	§. 7.	del metodo, il quale formerà	del metodo, la quale formerà
»	209.	§ 32.	Beer mantennero	Beer che mantennero
»	209.	§. 33.	la voce contro l' etrazione	la voce contro l' estrazione
»	219.	§. 13.	il desiderato sucesso	il desiderato successo
»	226.	§. 7.	e degli arabi che dominarono	e degli arabi dominarono
»	id.	id.	le scuole, sopratutti	le scuole. Sopratutti
»	232.	§. 33.	se non chè	sennonchè
»	233.	§. 44.	se non chè	sennonchè
»	237.	§. 48.	sulla la cateratta	sulla cateratta
»	id.	§. id.	Federigo Jäger, quale	Federigo Jäger, il quale

Varie forme di Cateratte

Fig. 1.

Albuminosa

Fig. 2.

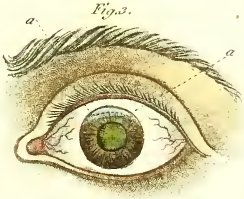


Dura Senile

Fig. 4.

Avido-siliquata

Fig. 3.



Cateratta Cornea da Paralisi

Fig. 5.

Incompleta profonda

Fig. 6.

Radiata Olivastra

Lib. III.

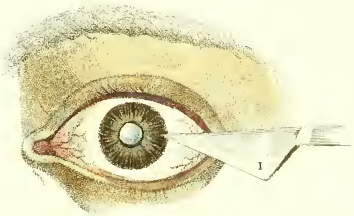
Cambi Fis.

Ritratti presi da Nunzio Rossi

Fig. 1.

Sinizesi e cateratta secondaria

Fig. 2.



Principio della punzione

Fig. 4.

Casula che sfiagge
e taglio moderno

Fig. 3.

Movimento di rotazione

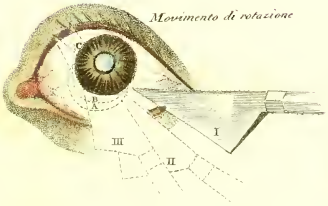


Fig. 5.

taglio antico

Lib. III.

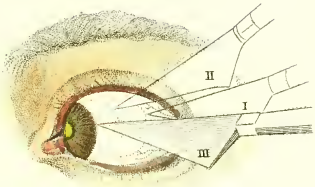
Guardei dis. *A. Rossi inc.*

Ritratti presi da Alessandro de Nuzis

Fig. 1.

Taglio della cornea fino alla congiuntiva

Fig. 6.



Movimento della cornea e de' coltelli

Fig. 2.

estrazione di parti molli

Fig. 5.

ago angolare

Fig. 3.

Tentativo per la cassula

Fig. 4.

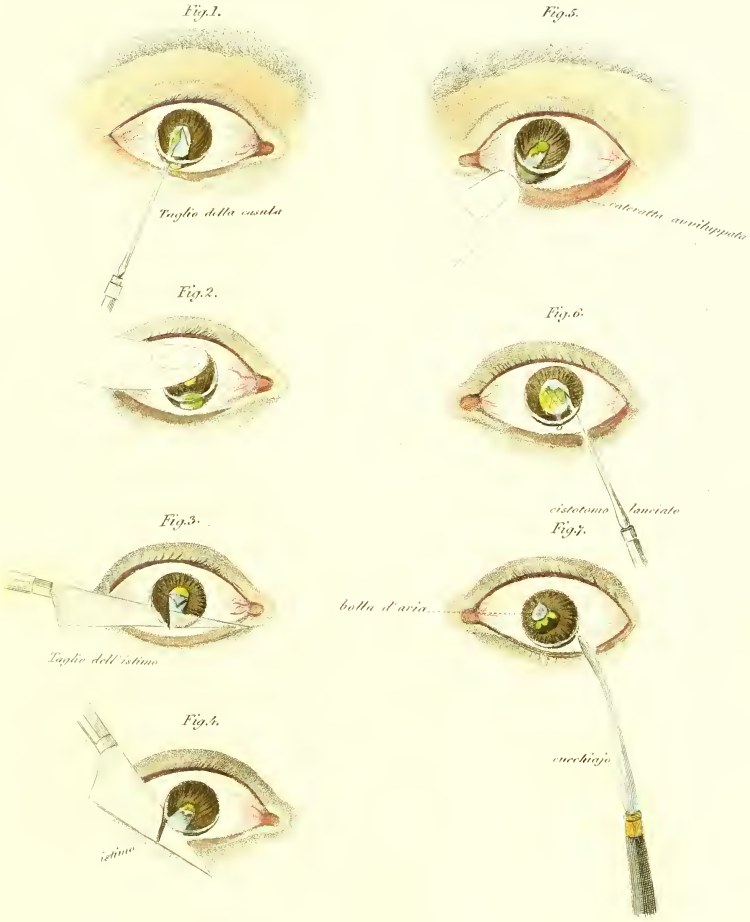
Movimenti del coltello

Lib. III.

Quadri dis.

A. Rossi inc.

Ritratti presi da Giovanni Persichello



Lib. III.

Quadri dis.

A. Rossi inc.

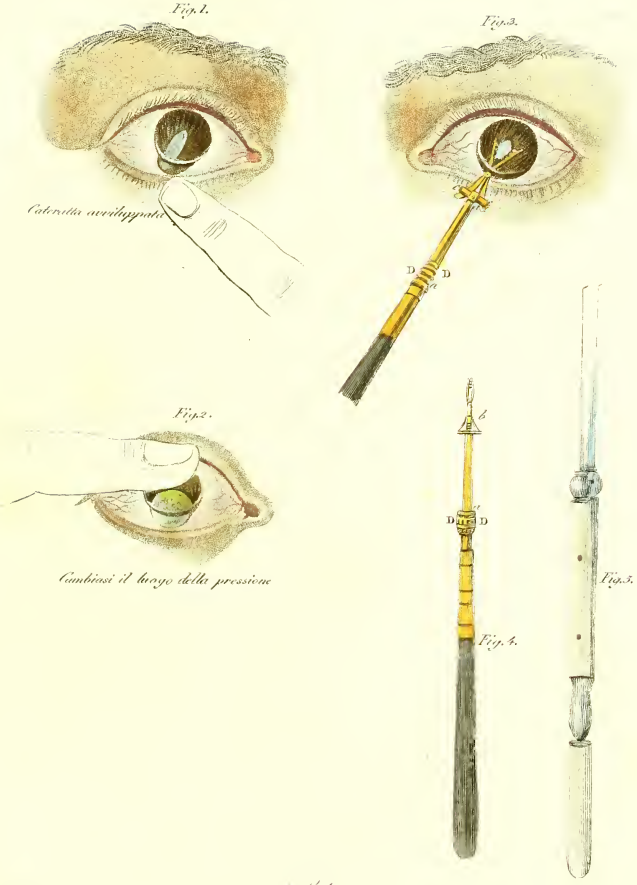


Fig. 1.
Cateratta avviluppata
Fig. 3.
D
D
a
Fig. 2.
Cambiasi il luogo della pressione
b
D
D
Fig. 4.
Fig. 5.

Lib. III.

Fig. 1.

Fig. 3.

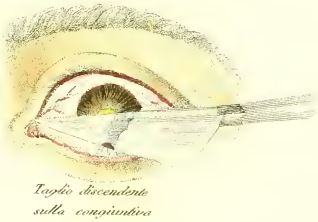


Fig. 2.

Fig. 4.

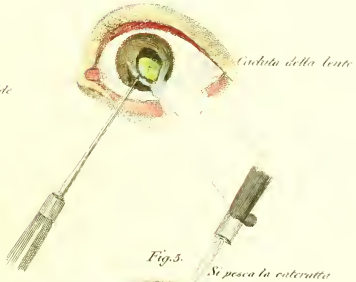
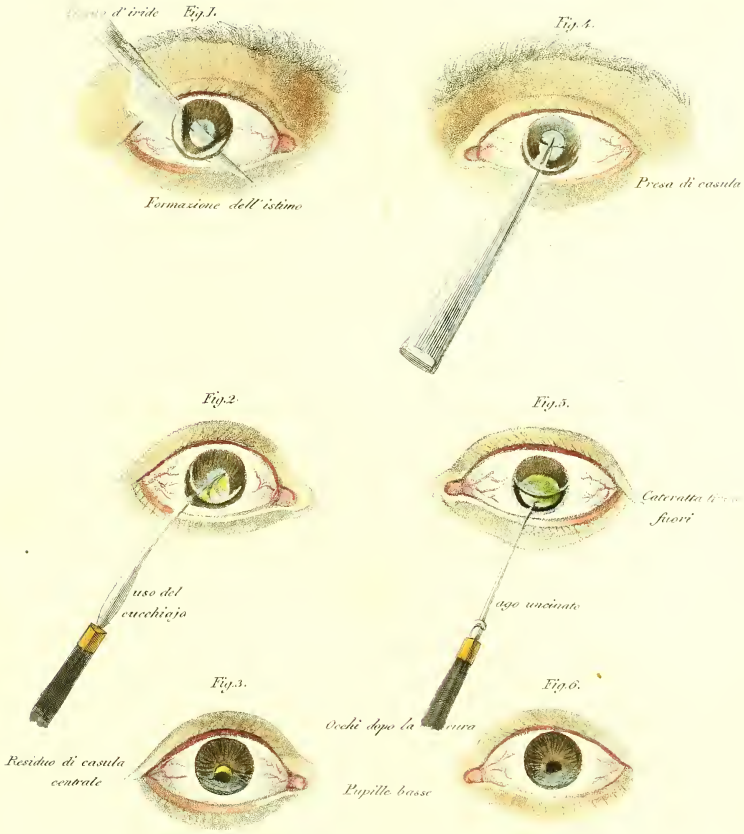


Fig. 5.

Si pesca la cateratta

Lib. III.

Quadri dis. A. Rossi inc.

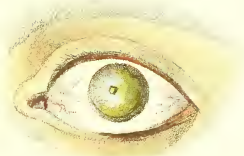


Lib. III.

Quadri dis

Fig. 1.

Fig. 2.



Occhio atrofico

Fig. 2.

Cataletta [illegible] [illegible]

Fig. 3.

Tav. III.

Pesaro

G. Rossi Inc.

Fig. 1.

Ifemia grave

Fig. 3.

Cateratta molle
uso del cucchiajo

Fig. 2.

Cassula estratta
dalla Pinzetta dentata

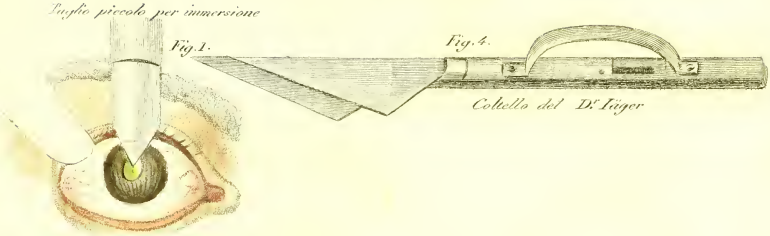
Fig. 4.

bolla d'a
estratta in f.

Lib. III.

Disegnato dic. A. Ravalli

Estrazione anterior superiore



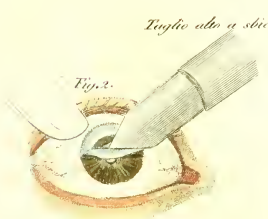


Fig. 5.

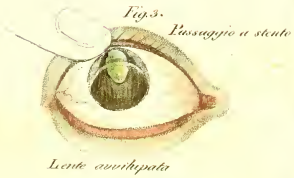
Cistotomo lanciato

Fig. 6.

Cistotomo a Falcetta

Fig. 7.

Laceratore della capsula

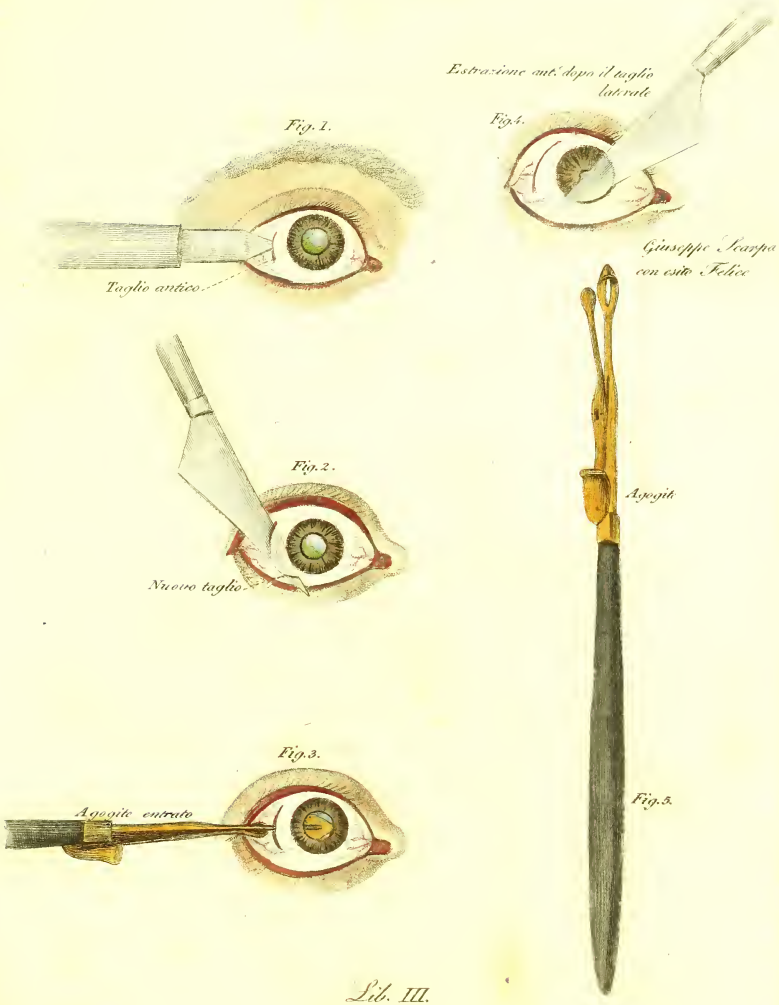


Lib. III.

Quadri dis.

A. Rossi inc.

Estrazione laterale



Lit. III.

Quadri dis.

A. Rossi inc.

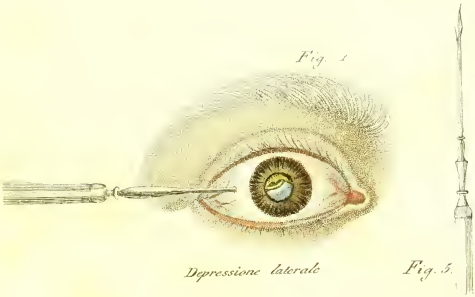
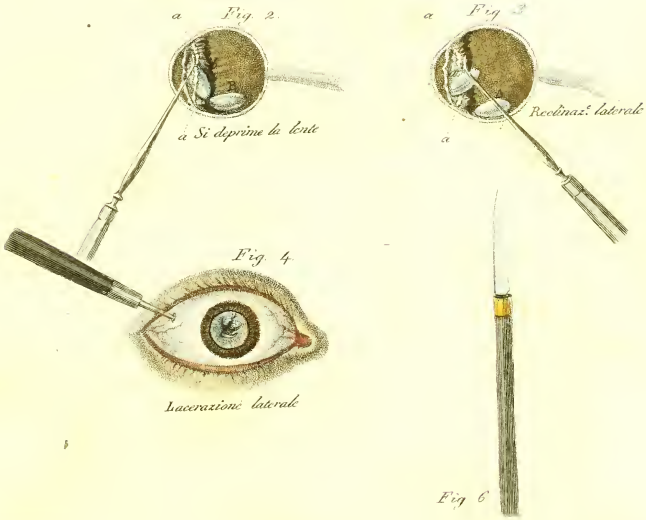
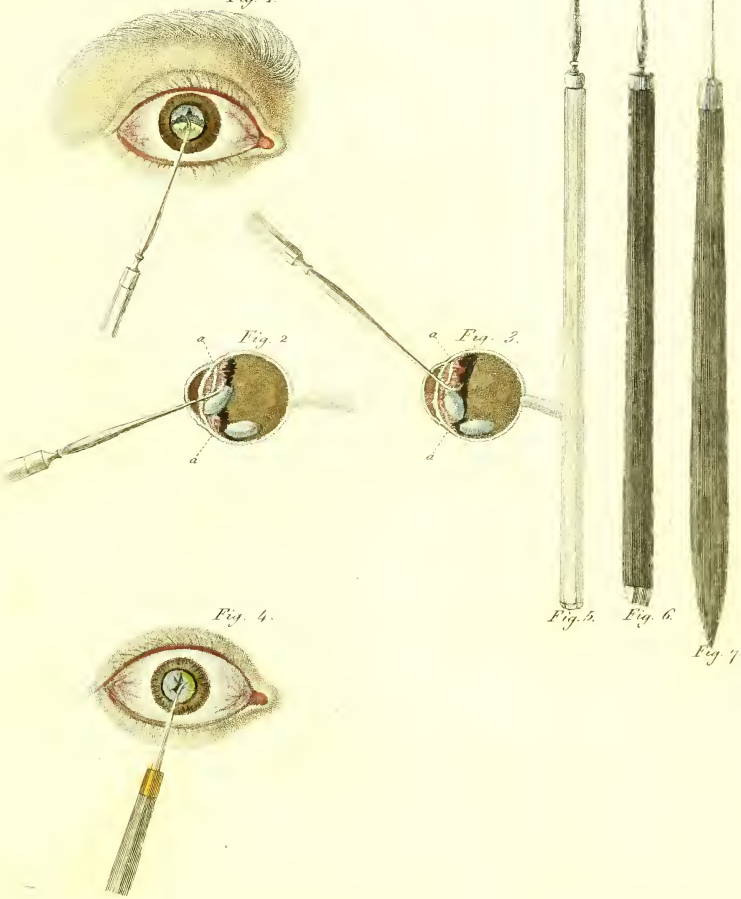


Fig. 1
Depressione laterale
Fig. 5.


a
Fig. 2.
a Si deprime la lente
a
Fig. 3
Recline.z laterale
a
Fig. 4
Lacerazione laterale
Fig. 6

Gio. Adamo Aitel



Lundri del Lib. III. Catanese inc.

Fig. 1

Carlo della Santa

Sinizesi e cateratta vera

Ceratoscotesi e cateratta vera
Fig. 5.

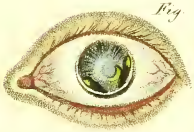
Giuseppe Gatto

Fig. 2.

Taglio della cornea e dell'iride

Fig. 6.

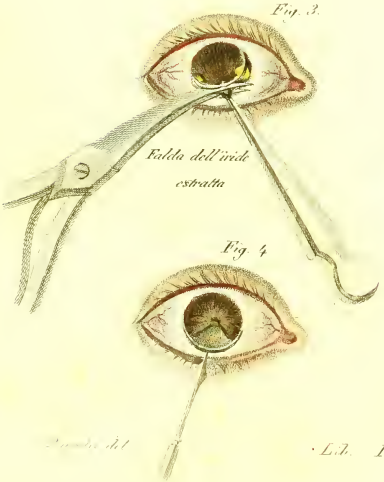
a



a

Recisione eseguita

Fig. 3.



Falda dell'iride estratta

Fig. 7.

Pupilla aperta

Fig. 4